

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Trabalho Emocional
na realidade do Sobrevivente Oncológico:
do *Distress* à Autorregulação Emocional

Catarina Isabel dos Santos Carrola

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Trabalho Emocional na realidade do Sobrevivente
Oncológico: do *Distress* à Autorregulação Emocional

Catarina Isabel dos Santos Carrola

Orientador: Professora Doutora Francisca Roberto Manso

Lisboa

2017



“Maldita doença que desde 1994 me aconteceu.
A Vida é uma sentença, não sei quem a criou!
Dedico-me este poema, embora um dia já não o possa ler.
Mas minha querida vida, jamais hei-de esquecer.
Deus, foste um Pai para mim.
Eu sei que Tu não querias que tivesse sofrido tanto assim.
Tu me criaste à Tua maneira e os meus pais de outra.
Deste-me Luz, Ensinaste-me muito do que eu sei.
Longe ou perto eu Te amarei!
Sempre Te amarei!
Em paz, eu descansarei, meu espírito na solidão.
Em mim fica a tua lembrança, a minha visão,
que trago e levo no meu coração.”¹

(V.O., 1998)

¹ Poema redigido em 1998, após o diagnóstico de recidiva de patologia oncológica.
Gentilmente cedido pela autora.

In memoriam

L.B.

(1959-2016)

AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento à Professora Doutora Francisca Manso, pela prestimosa disponibilidade e orientação. Não tendo coartado a liberdade de expressão, norteou o trilho caminhado, não descurando o rigor científico.

Aos enfermeiros orientadores Viriato Silva, Liliana Lago e Dora Franco, pelo incentivo constante, pelas profícuas discussões, honestidade intelectual, sabedoria transmitida, gestão emocional e supervisão exímia. São, para mim, referências na Enfermagem.

Ao Professor Doutor Valeriano Leite pela recetividade e manifestações de afeto. À Doutora Conceição Pereira pelo desafio à autenticidade, aprendizagem proporcionada e exatidão metodológica transmitida.

Aos colegas de trabalho, pela forma idiossincrática de conforto.
Aos amigos, pelo riso partilhado, palavras de incentivo e sugestões oportunas.

Aos meus pais, pelas imensas tertúlias e pela força que delas foi emanada. Grata por não terem deixado que vacilasse face aos obstáculos...
À minha irmã e cunhada por acreditarem!
À princesa Matilde, pelo seu sorriso revitalizante e pelo aconchego das suas inocentes palavras!

A ti meu amor, querido João, por tudo o que não pude dar-te, pelo tempo subtraído à nossa relação e pelo adiamento de projetos. Genuíno obrigada pela presença constante, amor incondicional, força catalisadora e amparo! Sem ti, nada sou...

Reconhecidamente grata a todos os clientes que se atreveram a partilhar a sua experiência de dor emocional, sofrimento e crescimento. Obrigada pela motivação e inspiração!

A Deus, a Maria e aos meus Avós que com Eles estão, pela escolta silenciosa da minha vida...

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

CEER....	Consulta Externa de Endocrinologia de Reabilitação
CIPE.....	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EDRE....	Escala de Dificuldades de Regulação Emocional
EEESMP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
EESMP...	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
EPE.....	Entidade Pública Empresarial
ESEL.....	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
HD.....	Hospital de Dia
IPOFG...	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil
IPOS.....	<i>International Psycho-Oncology Society</i>
ISM.....	Inventário de Saúde Mental
NCCN....	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
NIC.....	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC.....	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OE.....	Ordem dos Enfermeiros
PBE.....	Prática Baseada na Evidência
STAI.....	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
SNS.....	Serviço Nacional de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS

cit. por..	citado por
et al.....	e outros
p.....	página
sic.....	segundo informação colhida

RESUMO

O processo de saúde-doença é frequentemente pautado por respostas emocionais intensas e que exigem do enfermeiro a gestão partilhada da emocionalidade experienciada. No presente relatório, propõe escrutinar-se a temática do trabalho emocional no sobrevivente de cancro, perspetivada em torno de três domínios: avaliação da saúde mental, psicologia positiva e psico-oncologia.

Visando a aquisição de competências na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, foram desenvolvidas intervenções em três contextos onde vulnerabilidade emocional dos clientes é indelével: Serviço de Internamento de Psiquiatria, Hospital de Dia de Psiquiatria e Consulta Externa de Reabilitação Oncológica. Perseguindo a lógica construtivista, procurou recorrer-se à metodologia de resolução de problemas em situação real, sustentar-se o trabalho emocional na teoria do Cuidado Humano de Watson e no Modelo Conceptual de Sistemas de Neuman e, paralelamente firmar-se a aprendizagem na reflexividade. Complementarmente, para a obtenção de competências de mestrado foi efetuado o desenho de um estudo investigativo que visou explorar o significado pessoal atribuído à experiência de cancro e averiguar a influência desta perceção nas respostas emocionais e na adaptação ao processo de doença. Em concreto, pretendeu analisar-se a experiência de *distress*, o ajustamento psicológico e a aferição de estados psicopatológicos, no sobrevivente oncológico. O estudo efetuado foi de pendor exploratório descritivo de natureza quantitativa, foi encetado entre os meses de julho e setembro de 2015 e implicou a seleção de uma amostra não probabilística intencional constituída por cinquenta adultos em remissão. A obtenção dos dados pressupôs a aplicação de um questionário sociodemográfico e clínico e de três instrumentos de autoavaliação: Termómetro Emocional (adaptado), Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e Inventário de Saúde Mental. Numa perspetiva crítica e interpretativa, foi possível identificar respostas emocionais consideradas disruptivas compatíveis com a exibição de *distress* significativo em pouco mais de um terço dos participantes, decorrentes do impacto do cancro e dos efeitos colaterais dos tratamentos. Ficou ainda documentado existir uma correlação entre o sofrimento emocional, a desregulação emocional e menores índices de saúde mental. Deste resultado, sobressai a pertinência do investimento na promoção do bem-estar psíquico e aquisição de estratégias de *coping* adaptativas providenciado por peritos.

Descritores: Ajustamento emocional; Saúde Mental; Assistência integral à saúde; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

The health-disease process is often framed by intense emotional responses that require the nurse to share the shared emotionality experienced.

The aim of this study is to explore the emotionality of a cancer survivor, with the perspective of three domains which are considered related in terms of theoretical knowledge and empirical assumptions: mental health evaluation, positive psychology, and psycho-oncology.

In order to acquire skills in the area of specialization in Mental Health Nursing and Psychiatry, interventions were developed in three contexts where clients' emotional vulnerability is indelible: Psychiatry Internment Service, Psychiatric Day Hospital, and Oncology Rehabilitation External Consultation. Pursuing the constructivist logic, it was tried to resort to the methodology of problem-solving in a real situation, to support the emotional work in Watson's Human Care theory and Neuman's Conceptual Systems Model and, at the same time, to establish learning in reflexivity. In addition, to obtain masters' skills, a research study was designed to explore the personal meaning attributed to the cancer experience and to evaluate the influence of this perception on the emotional responses and the ability to adapt to the course of the disease. In particular, we intended to analyze the experience of distress, the psychological adjustment and the measurement of psychopathological states in the cancer survivor. We carried out a quantitative exploratory study between July and September 2015 and involved the selection of an intentional non-probabilistic sample consisting of fifty (50) adults in remission. Data collection assumed the application of a sociodemographic and clinical questionnaire and three (3) self-evaluation tools: Emotional Thermometer (adapted), Difficulties in Emotion Regulation Scale and Mental Health Inventory. From a critical and interpretive perspective, it was possible to identify disruptive emotional responses compatible with a significant degree of distress in a few more than a third of the participants, due to the impact of cancer and the treatment side-effects. We also showed that there is a correlation between the distress, emotional dysregulation and lower rates of mental health. From this result, the importance of investing in the promotion of psychic well-being and acquisition of adaptive coping strategies provided by experts stands out.

Subject Headings: Emotional Adjustment; Mental Health; Comprehensive Health Care; Nursing Care

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1 JUSTIFICAÇÃO TEÓRICA, EMPÍRICA E EXPERIENCIAL.....	21
1.1 DO DIAGNÓSTICO DE CANCRO À REALIDADE DA SOBREVIVÊNCIA	21
1.2 A EXPERIÊNCIA DE <i>DISTRESS</i> NOS SOBREVIVENTES	24
1.3 REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES E PSICOPATOLOGIA.....	28
1.4 RELEVÂNCIA DA DIMENSÃO EMOCIONAL DO CUIDAR: CONTRIBUTOS PARA A SAÚDE MENTAL	31
2 OPÇÕES METODOLÓGICAS	35
2.1 PROBLEMÁTICA	35
2.2 RUMO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	36
2.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO	37
2.4 ENSINO CLÍNICO I: SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA.....	40
2.4.1 ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL	41
2.4.2 INTERVENÇÃO GRUPAL	44
2.5 ENSINO CLÍNICO II: HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA.....	49
2.5.1 JORNAL DE APRENDIZAGEM COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO	51
2.5.2 INTERVENÇÃO GRUPAL: “EVENTOS DE VIDA E EMOÇÕES”	52
2.6 ENSINO CLÍNICO III: CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGIA DE REABILITAÇÃO ...	55
2.6.1 RELAÇÃO DE AJUDA COMO INTERVENÇÃO INDIVIDUAL	56
2.6.2 ESTUDO EMPÍRICO: EMOCIONALIDADE E SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA SOBREVIVÊNCIA	58
2.6.3 INTERVENÇÃO GRUPAL	60
2.7 FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO.....	62
3 REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA: ANÁLISE CRÍTICA.....	63
4 CONCLUSÃO INTEGRATIVA	66
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

APÊNDICES

APÊNDICE I - Mapa Conceptual

APÊNDICE II - Caracterização das populações

APÊNDICE III - Estudo de Caso

APÊNDICE III_A - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional aplicada ao cliente

APÊNDICE IV - Planificação das Intervenções em Contexto Psiquiátrico

APÊNDICE V - Jornais de Aprendizagem

APÊNDICE VI - Planificação das Intervenções em Contexto Oncológico

APÊNDICE VII - Estudo Empírico: Emocionalidade e Saúde Mental no contexto da Sobrevivência em Oncologia

APÊNDICE VII_A - Correlações Bivariadas do Instrumento EDRE

APÊNDICE VII_B - Correlações Bivariadas do Instrumento ISM

APÊNDICE VIII - Formações em Contexto Clínico

APÊNDICE IX - Requerimento de Autorização para aplicação de Instrumentos de colheita de dados

APÊNDICE X - Requerimento de Autorização do Estudo Empírico ao Presidente da Comissão de Ética e respetiva resposta

APÊNDICE XI - Parecer do Diretor Clínico e Médica responsável pela Consulta de Endocrinologia de Reabilitação

APÊNDICE XII - Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE XIII - Questionário Sociodemográfico e Clínico

ANEXOS

ANEXO I - Termómetro do *Distress*

ANEXO II - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

ANEXO III - Inventário de Saúde Mental

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Trajetória do cuidado oncológico 22

INTRODUÇÃO

A dimensão emocional afigura-se de enorme relevância no contexto cuidativo. Cuidar é, na sua essência, um processo relacional ao construir-se na interação enfermeiro-cliente. Ora, se todo o cuidado tem subjacente uma relação interpessoal e intersubjetiva, e se nesta relação está omnipresente a experiência emocional, o cuidado é, inevitavelmente, um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos. Com efeito, ambas as concepções surgem intrinsecamente relacionadas e na atualidade têm ganho expressão.

O enfermeiro não desempenha um trabalho emocional exclusivamente sobre e para si próprio (*emotion labour*) já que ao efetuar uma gestão interna dos seus sentires face à experiência de doença do outro disponibiliza, em simultâneo, um trabalho das emoções do cliente com intencionalidade terapêutica (*emotion work*). Tal, exige um grau de envolvimento intensamente revestido de ressonâncias emotivas e a compreensão da sua situação (Diogo, 2012) (Bolton, 2000). Com efeito, o trabalho emocional encontra sentido nos cuidados prestados e direciona-se para a facilitação da regulação emocional do cliente visando a melhoria do seu bem-estar psíquico e ganhos em saúde.

Este relatório surge sustentado por puzzle conceptual que tem por *core* o trabalho das emoções em enfermagem e a relação diádica entre enfermeiro e adulto sobrevivente de cancro/pessoa com doença mental. A pretensão de abordar a temática em foco decorre do constante desafio que se apresenta ao enfermeiro ao cuidar do adulto a respeito: 1) da compreensão do significado individual conferido à experiência da doença e à unicidade e complexidade da vivência do sofrimento inerente (na sua vertente psicoemocional); 2) da indagação relativa a cuidados de qualidade, capazes de conter estas vivências e proporcionar uma existência humana gratificante.

O presente trabalho procura espelhar o percurso académico desenvolvido em regime de ensino clínico e focaliza a promoção das aprendizagens, a aquisição e o desenvolvimento das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) em articulação com as competências do grau de mestre, no cuidado ao adulto com patologia aguda e crónica. Na sua essência, decorre da formalização e operacionalização de um projeto intencional e dinâmico, que procurou comportar um diagnóstico de situação em contexto e dar resolução à problemática supracitada, a partir da metodologia de projeto.

A pretensão de abordar a temática em foco teve em consideração os seguintes **objetivos**

major:

- Aprofundar o conhecimento da temática das emoções na perspetiva da enfermagem (atendendo a que a investigação sobre a temática na área de conhecimento de enfermagem é escassa);
- Aprofundar a compreensão do processo relacional enfermeiro-cliente na sua dimensão emocional;
- Contribuir para o desenvolvimento de competências ao nível da relação enfermeiro-cliente e da compreensão da subjetividade das experiências emocionais na prática de cuidados;
- Contribuir para a identificação de instrumentos terapêuticos em enfermagem;
- Contribuir para a clarificação da regulação emocional que pode inscrever-se na prática de enfermagem em contexto oncológico, na presença de *distress*.

Crê-se que a intervenção no foro da regulação emocional persegue as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP). Saliente-se, aliás, que o trabalho emocional encontra-se subjacente no preconizado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011a), na medida em que o enfermeiro especialista

compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida (...) [defende] a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar (p. 2).

Refira-se que a problemática apresentada e os objetivos traçados conduziram à opção de uma **estratégia metodológica centrada na investigação-ação**, visando a construção de conhecimento na ação e para a ação (Caetano, 2004). Do exposto, sobressai a imperiosidade da revisão de literatura. Importa sinalizar que “o uso de uma abordagem baseada na evidência permite-nos desafiar e sermos desafiados sobre a nossa abordagem para a prática (...) e procurar formas novas, mais eficazes e eficientes de fazer as coisas” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p. 6). Defende-se assim que a prática clínica deva alavancar-se em processos complexos de tomada de decisão baseados na evidência, consubstanciando um pré-requisito para a segurança e excelência dos cuidados e visando a melhoria contínua da qualidade do exercício. Ainda que Melnyk & Fineout-Overholt (2005) preconizem que deve ter-se em consideração a evidência produzida nos últimos cinco anos, de modo a beneficiar-se

de maior abrangência face ao conhecimento existente, optou por considerar-se um período temporal superior. Especificando, foi realizada pesquisa referente ao período de 2000 a janeiro de 2017 sobre a dimensão emocional em enfermagem e restantes organizadores conceptuais em bases de dados eletrónicas internacionais, tendo sido procurados artigos científicos em texto integral. Da consulta de autores de referência obteve-se evidência científica sobre as práticas e seus resultados terapêuticos: os enfermeiros desenvolvem intervenções no sentido de gerir o estado emocional dos clientes. Complementarmente, efetuou-se um trabalho investigativo na terceira fase do ensino clínico, cujos resultados nortearam uma intervenção posterior.

O percurso documentado neste relatório visa não somente apresentar capacidade para a ação como igualmente a capacidade de reflexão na e sobre a ação, atendendo à convicção de que o questionamento, a reflexão e conceptualização das práticas assume-se como pedra basilar na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Propôs-se assim perseguir o domínio clínico, cuidados baseados na evidência, espírito analítico em situações inesperadas, agilidade de decisão e desenvolvimento pessoal e profissional.

Face à inexistência de serviços específicos onde se privilegie o apoio psico-oncológico personalizado a jovens adultos e adultos sobreviventes e no quais o EEESMP seja parte integrante da equipa assistencial, optou-se por desenvolver o estágio em três contextos distintos nos quais a população alvo encontra-se em situação de vulnerabilidade emocional. Os dois primeiros momentos de contacto decorreram num Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de um centro hospitalar da capital, tendo sido eleitas duas unidades funcionais Internamento de clientes com patologia aguda e subaguda e Hospital de Dia de Psiquiatria. Em ambos, o campo de ação compreendeu um amplo espectro de atividades que visaram a avaliação diagnóstica, a consecução de estratégias de prevenção, a implementação de intervenções terapêuticas. Procurou fomentar-se a relação com o cliente e sua família, implementar a comunicação psicoafetiva, executar de programas de reabilitação psicossocial para situações sequelares, promover de fatores de proteção para consequente redução da vulnerabilidade e gerir de expectativas de futuro com a planificação de projetos vindouros. A terceira fase do estágio decorreu no contexto de uma consulta de sobreviventes num centro de oncologia de referência. A conjuntura que tem por subjacente o diagnóstico de cancro e tratamentos inerentes condiciona elevado grau de *distress* psicológico em torno do qual emerge um manancial de perturbações psicológicas e psiquiátricas. Com efeito, neste contexto procurou efetuar-se uma abordagem compreensiva do impacto biopsicossocial da doença oncológica (como a doença é experienciada e confrontada) em particular na etapa da

sobrevivência e escrutinar-se a relevância do *emotional work* levado a cabo pelo enfermeiro.

Da combinação das conceções teóricas, a revisão de literatura, as constatações da experiência e as interrogações sobre a prática de cuidados, emergiram as **questões orientadoras**: *Qual a emocionalidade da pessoa portadora de doença mental? E a do sobrevivente oncológico?*

No decurso dos ensinamentos clínicos pretendeu dar-se resposta a estas e outras questões que, paulatinamente, foram surgindo nos diferentes momentos de contacto.

No que concerne à sua estruturação, este trabalho encontra-se segmentado em quatro secções. A primeira incide na apresentação dos subsídios teóricos na dimensão emocional da experiência de vivência do cancro e as variáveis preditoras de perturbação mental no sobrevivente oncológico. A segunda – Opções Metodológicas – integra o fenómeno do estudo e as intervenções realizadas no período dos estágios profissionais nos contextos eleitos; na terceira – Refletindo sobre a Prática – faz-se menção crítica à operacionalização dos objetivos propostos e avaliação dos contributos dela advindos perspetivando as formações pessoal e profissional. A quarta e última – Conclusão Integrativa – advoga a integração do enfermeiro especialista em saúde mental no âmbito da psico-oncologia dados os benefícios da sua intervenção na prática assistencial.

1 JUSTIFICAÇÃO TEÓRICA, EMPÍRICA E EXPERIENCIAL

O referencial teórico explora como **conceitos centrais** a sobrevivência oncológica, o *distress*, a regulação emocional e a dimensão emocional do cuidado (trabalho emocional).

O estudo sobre a dimensão emocional da enfermagem encontra **fundamentos** na essência do conceito de cuidar de Watson e no Modelo conceptual de Sistemas de Neuman. Watson (2002) apresenta o cuidar transpessoal como encontro humano interpessoal entre duas pessoas (enfermeiro e cliente), no qual ocorrem transações intersubjetivas. A autora define cuidar como um processo de cuidados centrado na pessoa que visa o acompanhamento no seu restabelecimento (*healing*) tendo em consideração as suas necessidades fundamentais. A mente e as emoções, impregnadas na experiência singular e subjetiva do cliente alvo de cuidados, tornam-se então o ponto de partida. Assim, apesar de pouco explorada pelas teóricas clássicas de enfermagem, a dimensão emocional do cuidado humano é considerada por Watson como crucial (Watson, 2005). Paralelamente, o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman comumente conhecido por Modelo conceptual de Sistemas é coerente com o pensamento sistémico holístico da enfermagem. De facto, a respeito do conceito de totalidade da autora, encontra-se expresso que o cliente deve ser entendido como “um todo, cujas partes estão em interação dinâmica” (Tomey & Alligood, 2004, p. 337). Com efeito, uma apreciação completa pressupõe a avaliação da trama das inter-relações estabelecidas entre as variáveis que afetam o sistema do cliente, designadamente os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais e espirituais, que permitem que aquele esteja em constante mutação e possa ser percebido como “um sistema aberto, em interação recíproca com o ambiente” (Tomey & Alligood, 2004, p. 340).

Neste subcapítulo será abordado o estado da arte da dimensão emocional do cuidar aplicado ao contexto oncológico, *distress* e regulação emocional inerentes à realidade da sobrevivência.

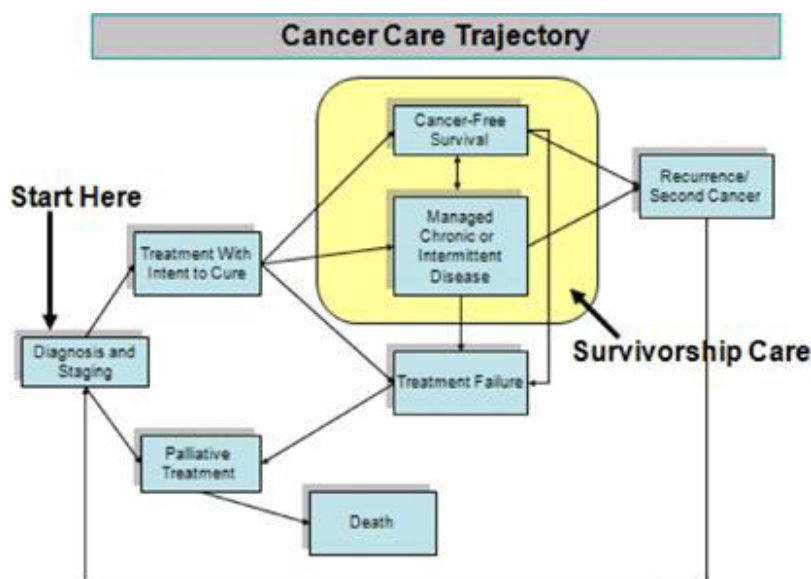
1.1 Do Diagnóstico de Cancro à realidade da Sobrevivência

A **doença oncológica** é, inquestionavelmente, uma entidade clínica com peso crescente nas sociedades ditas desenvolvidas, atendendo ao seu aumento em termos absolutos e relativos. Os progressos técnico-científicos têm ocasionado a mutação do perfil deste tipo de doença de tal modo que “em grande parte das situações, deixou de ser uma doença catastrófica, irremediavelmente fatal, para se enquadrar no campo das doenças crónicas” (Pinto, 2007, p. 91).

Paralelamente a esta evolução positiva no diagnóstico e tratamento do cancro, tem emergido o interesse em adotar o modelo biopsicossocial de cuidados à pessoa com doença crónica impondo-se, por conseguinte, a necessidade de incorporar os fatores emocionais e sociais que contribuam para essa recuperação (Pinto, 2007). É neste contexto que se inscreve o domínio da **Psico-Oncologia**, perspetivada como subespecialidade da oncologia que abraça, entre outros aspetos, a dimensão psicológica inerente à doença oncológica e nela, as reações psicológicas da pessoa com cancro e respetiva família em todas as fases da doença (Holland, 2002) (Li, Chan, Chung, & Chui, 2010). A relevância da Psico-Oncologia reside no facto de cancro equivaler a desordem, não exclusivamente fisiológica mas do sentido da existência. Assim, no seu campo de ação, são convidadas a entrelaçarem-se propostas terapêuticas e abordagens de diferentes disciplinas, entre as quais, a Enfermagem.

Importa centrar a nossa atenção no período de *follow-up* oncológico, já que este acarreta um processo de reestruturação física, psicológica e social. Apesar de Ganz (2011) considerá-la como uma prioridade, *“there is growing awereness that inadequate attention has been given to optimal surveillance for patients who have completed formal cancer treatment and are identified as survivors”* (Holland & Reznik, 2005, p. 2624). Da revisão de literatura encetada, verifica-se uma falta de consenso numa definição que explicita quando uma pessoa que enfrentou um cancro passa a ser considerada **sobrevivente**, dado que se trata de um “conceito dinâmico a que não é possível colocar fronteiras” (Pinto, 2007, p. 75). A este respeito, veja-se a Figura 1, referente à trajetória de vida, não linear, de uma pessoa com cancro.

Figura 1. Trajetória do cuidado oncológico



Fonte: Institute of Medicine & National Research Council (2005, p. 190)

Feuerstein (2007) designa o sobrevivente como sendo “*individual with a diagnosis of cancer who have completed primary treatment*” (p. 7). Outros autores concordam que a doença oncológica é um processo que se inicia no diagnóstico e só termina com a morte (Prouty, Ward-Smith, & Hutto, 2006) (Shepherd & Woodgate, 2010). Esta definição abrange toda a pessoa que terminou os tratamentos e permanece sem doença, ainda que requeira apoio na gestão do receio de recidiva e dos eventuais efeitos colaterais da doença e comorbilidades associadas. Neste contexto “ser sobrevivente oncológico significa viver com uma condição crónica e complexa” (Espadinha & Pinto, 2014, p. 246). Sobressai assim que é a própria pessoa que define sobrevivência e que dá significado à própria experiência. Nesta sequência, o conceito de sobrevivência não poderá, portanto, ser perspetivado como mera ausência de doença, pressupondo, antes, uma avaliação centrada na pessoa (Espadinha & Pinto, 2014).

A realidade polifacetada da sobrevivência surge, então, como um novo repto aos profissionais. Esta etapa é atualmente reconhecida como “uma fase distinta na trajetória de vida de uma pessoa que teve um cancro”, já que “compreende o domínio psicossocial, a promoção da saúde, a vigilância da saúde a longo prazo e a intervenção precoce perante efeitos colaterais que possam vir a surgir decorrentes quer do cancro quer dos tratamentos realizados” (Espadinha & Pinto, 2014, p. 243). Assim, a cronicidade não se circunscreve à doença oncológica *per se* mas aos diagnósticos sequelares reais e potenciais que poderão verificar-se. Solana (2005) salienta que muitas são as mudanças e transformações capitais desencadeadas pelo cancro e tratamentos que determinam uma paragem psíquica, constatando-se um «antes» e um «depois». Hudson (2005) enfatiza que diversos estudos têm, aliás, confirmado a vulnerabilidade deste grupo crescente de população. Para a autora, “*late effects predispose survivors to cancer related morbidity and early mortality through their impact in general health, functional status, mental health, quality of life and long-term survival*” (Hudson, 2005, p. 2639). Também Li, Lopez, Chung, Ho, & Chiu (2013) conjecturam que “*cancer and its treatments may not only adversely affect the physical well-being of cancer survivors, but their psychosocial well-being as well*” (p. 214). Nesta continuidade, Pinto (2007) elenca de modo sistematizado, os problemas com que os sobreviventes se confrontam:

encontrar significado do cancro na própria vida (tendo em conta as mudanças físicas, sociais e intrapsíquicas associadas ao ter estado doente); encontrar um lugar para o cancro na vida (o cancro pode ser assumido como uma outra qualquer ocorrência no *continuum* da vida ou assumir uma relevância significativa na [re]definição do *self*); lidar com os problemas dos tratamentos e os efeitos colaterais (...); gerir os problemas genéticos (...); desenvolver/manter relações com os outros; lidar com ameaça de recidiva e/ou a morte (p. 86).

A mesma autora salienta que “em nenhuma outra fase o sentido de ambiguidade é tão prevalente” (Pinto, 2007, p. 78). Psicologicamente, a alegria e o alívio relacionados com o fim dos tratamentos colide com o receio latente e constante de recidiva, pelo que constitui uma crise marcada pela dúvida, denominada por «Síndrome de Dâmocles» na qual a incerteza surge personificada como uma espada sobre a cabeça presa por um fio de cabelo. Aliás, a fase pós-tratamento é, para Tower (2000) um tempo de máxima disrupção do *self*, podendo mesmo ocorrer um declínio do funcionamento psicossocial. É neste período que se começa a tarefa de reconstrução de um mundo presumido e uma nova identidade que foi alterada pela experiência do cancro. Nesta perspetiva, Cavro, Bungener & Bioy (2005) afirmam que é na fase de remissão tumoral que se identifica nos sobreviventes um verdadeiro estado de desestabilização e perturbações na saúde mental, comumente designado de «Síndrome de Lázaro», caracterizado pela consciência omnipresente da mortalidade e pela dificuldade em encontrar um novo lugar no mundo. Podem ainda observar-se dificuldades em retomar as rotinas e os papéis sociais, em gerir a alteração dos projetos de vida e familiares, em encetar tarefas e luto, em ultrapassar o estigma, o secretismo e a culpa e na adaptação às sequelas e incapacidades. Pelo exposto, a emergência da perda de controlo afigura-se inteligível.

1.2 A Experiência de *Distress* nos Sobreviventes

Múltiplos estudos revelam que, de uma maneira geral, as implicações psicossociais do cancro são ainda pouco conhecidas por serem uma área ainda relativamente insuficientemente explorada.

Apesar de pouco representativos, estudos de investigação revelam que a experiência de sobrevivência ao cancro é predominantemente positiva (Phillips & Jones, 2014). Para os autores, “[they are] able to focus on the positive lessons learned from their cancer experience such as the importance of personal relationships and an optimistic outlook on life (...) and demonstrated resilience though their cancer treatment and beyond” (Phillips & Jones, 2014, p. 39). Similarmente, outros estudos revelam que uma grande percentagem dos sobreviventes se apresenta psicologicamente saudável e documenta satisfação com a vida (Zeltzer, et al., 2008). A experiência de cancro precipita, com frequência, uma procura pessoal do seu significado e da qual advém a resiliência e a adaptação/ajustamento positiva face à doença, às perdas, ao trauma.

Por oposição “studies on late effects after (...) cancer have shown that about two thirds of long-term childhood cancer survivors will suffer from at least one physical or psychological late effect of varying severity during their life” (Rueegg, et al., 2013, p. 512).

Para os autores, os sobreviventes oncológicos experienciam uma miríade de efeitos tardios incluindo “*symptoms of emotional distress*” (Rueegg, et al., 2013, p. 511).

O *distress* corresponde a um *stress* patológico, frequentemente relacionado com a angústia, o sofrimento, a tristeza, a insegurança, a raiva, a incapacidade de criar e as implicações de doença determinada doença. Considerado equivalente à perturbação de adaptação, nele predominam emoções destrutivas e incapacitantes (Szabo, Tache, & Somogyi, 2012). De acordo com a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), o ***distress em contexto oncológico*** corresponde a uma experiência emocional multifatorial desagradável, de natureza psicológica (cognitiva, comportamental, emocional), social e/ou espiritual que poderá interferir com a capacidade de lidar eficazmente com o cancro, sintomas físicos e tratamento (National Comprehensive Cancer Network, 2016). O termo *distress* foi adotado pela oncologia pelo facto de caracterizar convenientemente determinados aspetos psicossociais da pessoa durante o processo terapêutico do cancro e também por ser uma expressão pouco estigmatizada sendo, portanto, melhor aceite (National Comprehensive Cancer Network, 2016). Esta condição estende-se ao longo de um *continuum*, variando desde uma sensação de vulnerabilidade, tristeza e medo, até problemas que podem tornar-se debilitantes como a depressão, a ansiedade e o isolamento social. Neste sentido, é comumente considerado o transtorno emocional mais comum (Mitchell, Lord, Slattery, Granger, & Symonds, 2012) (National Comprehensive Cancer Network, 2016) e um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (Petty & Lester, 2014) (Meijer, et al., 2013) (Howell & Olsen, 2011) (Watson & Bultz, 2010).

Apesar do esforço de precisão, o conceito de *distress* psicológico continua evasivo, talvez devido à sua complexidade.

Para Bultz & Berman (2010) “*distress has a key impact on patient experience*” (p. 663) ou dito de outro modo, “*emotional distress (...) may result in impaired quality of life and suicide ideation [and] the mechanisms underlying [on this] still present many years after treatment completion*” (Oancea, et al., 2014, p. 294). Para Zebrack, Kent, Keegan, Kato, & Smith (2014),

comments reflected negative emotions and ongoing struggles and fears related to cancer (...), others detailed specific struggles around managing distress and emotions related to cancer, treatment, fears of recurrence (...) and around efforts to reestablish or maintain a sense of normalcy in their lives (p. 7).

Encontra-se patente que se reporta uma prevalência de *distress* global pelos adultos sobreviventes entre os “20 to 35%” (Smith, Armes, Richardson, & Stark, 2013, p. 308) e de “15.1%” para os adolescentes e jovens adultos (Oancea, et al., 2014, p. 294), incluindo

ansiedade, depressão e somatização (Brinkman, et al., 2013). Atente-se ao facto de que para os últimos autores, o *distress* é potenciado pela dor, problemas de memória ou aprendizagem e idade aquando da avaliação, sendo que a probabilidade de *distress* será tanto maior quanto mais exuberantes forem aqueles fatores de risco. Dada a significativa prevalência do *distress* no foro oncológico, a Sociedade Internacional de Psico-Oncologia (IPOS) constituiu-o 6º Sinal Vital em 2009 (Bultz & Johansen, 2011). Para estes, “*recognizing distress as the 6th vital sign will improve the treatment of cancer patients, improve outcomes for cancer patients, and improve the effectiveness of cancer care systems around the world*” (Bultz & Johansen, 2011, p. 570).

No enquadramento desta problemática, não é possível a dissociação de *distress* psicológico da perceção subjetiva do sofrimento emocional. De facto, a associação do sofrimento ao *distress* está patente na literatura ocorrendo na pessoa como um estado de *distress* induzido por uma ameaça ou perda da integridade ou desintegração (Arman & Rehnsfeld, 2003).

Conceptualmente, encontra-se documentado em Ferrell & Coyle (2008) que “*all phases of the cancer trajectory (...) are associated with suffering*” (p. 244) e que “*the suffering (...) even long-term survival is enormous*” (p. 245). Para Martins (2011) “a experiência de doença [oncológica] está geralmente impregnada de sofrimento” (p. 3). E continua, salientando que “quando a doença é grave pondo em risco a vida da pessoa, quando traz incapacidade ou limitações alterando o seu *modus vivendi* (...) o sofrimento é grande, tornando-se por vezes insuportável” (Martins M. C., 2011, p. 3). Nestas circunstâncias, “os doentes e as suas famílias vivem num mundo onde o sofrimento se torna uma companhia constante e muitas vezes uma companhia agonizante e atormentadora” (Wright, 2005, p. 39). Como agravante, “a cronicidade da doença parece associar-se a uma experiência de sofrimento mais intensa” (Costa S. , 2012, p. 80).

Numa tentativa de sistematização, os diferentes autores preconizam que o sofrimento se encontra associado a sensação de perdas de vária índole (de controlo, relacional, física), ao questionamento do sentido da existência, à desconexão do mundo e sentimento de solidão, à vulnerabilidade, a um turbilhão emocional. Nesta linha de pensamento, Morse (1995) (2001) e posteriormente com Carter (Morse & Carter, 1996) defende que o sofrimento ocorre em resposta a uma ameaça incompreensível e aterradora ao *self* e que o seu objetivo major consiste em proteger a pessoa. A autora constatou nos seus estudos que o sofrimento movimenta-se entre um estado de *enduring*, caracterizado pelo controle ou contenção das respostas emocionais, focalização no momento presente e fuga à situação e o *emotional*

suffering, que surge como uma resposta emocional a tudo aquilo que foi suportado e ocorre quando o indivíduo reconhece a realidade da situação e não consegue controlar o seu estado emocional, manifestando desespero, aflição, dor e tristeza, pranto. Encontrando-se num estado de *emotional suffering*, poderá ocorrer de novo a transição ao estado de *enduring*, e essa transição visa a recuperação de energias e o controlo do *self*.

Enquanto fenómeno psíquico e, portanto, como vivência interior e pessoal, o sofrimento somente poderá ser abordado, na sua essência, pela subjetividade. Na perspetiva de Cassel (1982) cit. por (Ferrell & Coyle, 2008), “*suffering is experienced by persons, not merely by bodies, and has its source in challenges that threaten the intactness of the person as a complex social and psychologic entity*” (p. 242). Para os autores, a avaliação e posterior análise do significado pessoal é vital para a compreensão da experiência de doença e sofrimento que dela advém. Na sua definição de sofrimento Cassel (1991) preconiza que este afeta a consciência de si mesmo, o sentido do passado, presente e futuro e a identidade pessoal e existencial. Para Cassell (1982) cit. por (Costa S. , 2012) “o que origina o sofrimento não são os factos, mas o significado atribuído pelo doente aos mesmos” (p. 88). As significações pessoais sobre a doença influenciam as reações emocionais e a adaptação ao processo de doença. Estas ligam-se a factos mais latos, a significações do cliente relativamente a si próprio, sobre a vida (Costa S. , 2012, p. 102). Compreende-se assim que “o sofrimento acarreta alguma forma de desregulação emocional” (McIntyre T. M., 1995, p. 24).

A expressão emocional do sofrimento tende a emergir do domínio psicológico podendo acarretar a desregulação emocional, o sentimento de unidade e coerência do *self*, e interferir com o modo de lidar com a situação disruptiva experimentada. Confirma-se, aliás, que o sofrimento emocional condiciona negativamente a autorregulação (Baumeister, Zell, & Tice, 2007). Segundo os autores o sofrimento emocional pode ser associado a uma consciência do *self* aversiva, determinando que o indivíduo procure reduzir ou evitar a referida perceção e imparidades na autorregulação. Contudo, e como a consciência do *self* é parte integrante da autorregulação adaptativa, as tentativas de escape podem, paradoxalmente, causar falhas de autorregulação.

Em jeito conclusivo, ainda que o *distress* psicológico e sofrimento emocional sejam experiências-limite e íntimas, importa que estas vivências sejam reconhecidas como parte integrante de um quadro traumático ameaçador do bem-estar (Vachon, 2006) (Zebrack, Burg, & Vaitones, 2012). Encontra-se aliás em Zebrack & Landier (2011) que a perceção dos sobreviventes sobre o modo como o cancro teve impacto nas suas vidas é preditor

significativo do *distress* e da qualidade de vida.

A literatura revela também que subsiste um desconhecimento global quanto às necessidades do grupo de sobreviventes e que existem orientações inconsistentes, genericamente direcionadas para a identificação de recidivas e o surgimento de segundos cânceros. Em Portugal, “aliam-se os constrangimentos económicos que pesam sobre a saúde (...) [e] que levam a que os cuidados aos sobreviventes de cancro sejam fragmentados, sendo-lhes dada menor atenção quando comparados com outros doentes crónicos” (Espadinha & Pinto, 2014, p. 259). Urge que os cuidados aos sobreviventes sejam centrados nas suas necessidades se se considerar que o objetivo major é “não só sobreviver, mas sobreviver para a vida” (Johansen, 2007, p. 443). Neste contexto e parafraseando Li, Lopez, Chung, Ho, & Chiu (2013) “*ensuring physical, psychological and social well-being in (...) cancer survivors should be a prime concern of healthcare professionals. It is crucial for nurses to plan, develop and evaluate interventions that can promote physical and psychosocial well-being*” (p. 218).

Atendendo à unicidade da experiência de cancro, torna-se fundamental compreender o seu impacto emocional tendo em conta as idiossincrasias individuais, de modo a providenciar-se um apoio efetivo. Aliás, “*in cancer care, who do not routinely screen for distress might fail to identify patients in need of psychosocial support*”, além de que “*Psycho-Oncology as a discipline, will have difficulty serving patients unless screening for distress is integrated as a standard of practice*” (Bultz & Johansen, 2011, p. 570). A pretensão de compreender a problemática da amplificação emocional inerente à vivência de uma doença oncológica e a aferição da validade das conjecturas enunciadas no que concerne às suas implicações psicológicas parecem exigir uma intervenção especializada por parte da disciplina de Enfermagem. De acordo com Abrams, Hazen, & Penson (2007) “*nurses are uniquely qualified to provide support while they are in the outpatient and inpatient setting by being present, focusing on establishing trust, understanding, and setting mutual goals for the (...) patient*” (p. 626).

1.3 Regulação das Emoções e Psicopatologia

A **emoção** constitui o alvo de abordagens múltiplas. Entre as várias conceptualizações teóricas da emoção surge como aspeto convergente o facto de afigurar-se difícil conceber a emoção sem cognição (Strongman, 2004). Na evidência surgem unanimemente definidas como fenómenos cerebrais amplamente diferenciados do pensamento, enquanto contêm as suas próprias bases neuroquímicas e fisiológicas. Para o especialista em desenvolvimento emocional Sroufe, as emoções são perspectivadas como reações subjetivas a um evento

significativo, caracterizadas por mudanças fisiológicas, cognitivas, experienciais e comportamentais que permitem a atribuição de um significado à experiência, preparando o indivíduo para a ação em consonância com essa mesma avaliação (Sroufe, 1995). A natureza e grau relativo desse significado (ameaça à vida, etc.) determinará a qualidade, intensidade e urgência da resposta emocional (Campos, Frankel, & Camras, 2004). Damásio (2003) salienta que a emoção precede o sentimento, não obstante a intimidade e aparente simultaneidade. Ressalve-se que o impacto humano de todas as tonalidades de emoções depende dos sentimentos por elas gerados. De facto, para Diogo (2012), “é através dos sentimentos, que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente” (p. 44). Com efeito, o sentimento permite que as emoções se tornem conscientes para a pessoa que as experimenta. A emoção é sentida como positiva quando um assunto é avançado e negativa quando é impedido (Oatley & Jenkins, 2002).

O processo emocional inicia-se com a ocorrência de um *estímulo significativo*, de que é exemplo uma memória episódica (John & Gross, 2007). Tal promove uma ativação fisiológica imediata e um processamento cognitivo e emocional subliminar, não consciente. Nesta sequência, ocorre uma *ativação emocional* que se transforma em emoção quando interpretada em função do tipo de ativação fisiológica experienciada, do contexto em que ocorre, das experiências passadas e das memórias episódicas construídas.

A **regulação emocional** “abrange o conjunto de processos através dos quais o indivíduo modifica a sua emoção” (Mikolajczak & Desseilles, 2014, p. 23). Para estes autores, tal, poderá efetivar-se pela alteração do *tipo de emoção* (conversão do desagradável em agradável), a modulação da sua *intensidade/magnitude* (atenuação ou exacerbação) e *duração* (supressão ou promoção) ou pela modificação de *uma ou várias componentes* da emoção. Para Greenberg (2004), a regulação emocional pode realizar-se também: (a) por regulação emocional da experiência, que consiste na *interrupção da construção de significado*; (b) por *negação* da realidade; (c) por permitir e aceitar a experiência, *ressignificando*; (d) por *evitamento*, isto é, gerindo a emoção escusando expor-se às situações reativadoras daquela emoção; (e) pela *modificação da emoção por outra emoção*, forma de regulação emocional que se processa após a ativação da primeira emoção, deixando-a passível de ser modificada por uma outra emoção oposta, de igual intensidade.

Corroborando a perspetiva de John & Gross (2007), para Reverendo (2011) impõe-se o facto da regulação emocional não ser sinónimo de controlo emocional e não envolver, necessariamente, a diminuição das emoções negativas. Entende-se, pois, que corresponde à

capacidade quanto à organização dos comportamentos adaptativos para lidar com eventos emocionalmente ativadores (Saramago, 2008). Envolve processos fisiológicos, neuroquímicos, psicológicos, cognitivos, comportamentais e sociais, e inclui todas as estratégias que o indivíduo utiliza para aumentar, manter ou diminuir um ou mais componentes de uma determinada resposta emocional (John & Gross, 2007).

Gross (1998) evidenciou cinco pressupostos que, na sua perspectiva, sistematizam um conjunto de conhecimentos teóricos: os indivíduos aumentam, mantêm e diminuem não só as suas emoções negativas como as positivas; conforme a emoção experienciada, os processos envolvidos na regulação emocional podem ser diferenciados; a regulação emocional refere-se à forma como os indivíduos regulam as suas próprias emoções; a regulação emocional deve conceptualizar-se como um *continuum* de processos que vão desde processos conscientes e controlados até processos inconscientes e automáticos; não é a resposta emocional *per se* que é adaptativa ou desadaptativa, mas a resposta que é dada num determinado contexto. Importa precisar que “a maioria dos episódios de regulação desenrola-se fora da esfera da consciência” (Mikolajczak & Desseilles, 2014, p. 26). Esta gestão verifica-se sempre que as emoções estiverem em desacordo com as normas relativas à expressão emocional, para fazer face a exigências contextuais ou caso as emoções tenham consequências negativas para o bem-estar do indivíduo, para o seu desempenho ou para terceiros.

Uma revisão meta-analítica aponta para o facto de a literatura convergir na assunção que as estratégias consideradas eficazes na modelação da emoção, do afeto e do comportamento, tendem a ser classificadas de adaptativas em termos de funcionamento mental (Christensen & Aldao, 2015). Todavia, importa diferenciar o conceito de regulação emocional eficaz (aquela que conduz a alterações desejadas) do recurso a estratégias regulatórias adaptativas que facilitam a saúde mental (Christensen & Aldao, 2015).

A evidência científica revela que regulação emocional se entrelaça nos modelos de psicopatologia. De facto “as «*distress disorders*», *depression and anxiety are widely viewed as the result of difficulties in regulating emotions*” (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010, p. 218). Dito de outro modo “*theoretical models associate successful emotion regulation with good health. Conversely, difficulties with emotion regulation are associated with mental and incorporated into several models of specific psychopathologies*” (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010, p. 218). Diversos teóricos sustentam aliás que indivíduos que não conseguem gerir eficazmente as suas respostas emocionais em eventos diários poderão, a longo prazo, experienciar períodos de *distress* severos que poderão culminar no desenvolvimento de perturbações de humor. Assim, as estratégias regulatórias

individuais poderão constituir, *per se*, fatores de potenciadores ou protetores de psicopatologia.

Concretizando, o modelo processual de regulação emocional reconhece diferentes estratégias regulatórias. Três, têm sido consideradas como protetoras de perturbações psiquiátricas como seja a reavaliação cognitiva², a resolução de problemas e a aceitação. Por este motivo, são consideradas adaptativas. Por oposição outras três são assumidas como risco de psicopatologia, associando-se positivamente à ocorrência de comportamentos mal adaptativos. São elas a supressão emocional³, o evitamento e a ruminação (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010) (Aldao & Dixon-Gordon, 2014).

Do exposto sobressai que a regulação das emoções e a averiguação da sua desregulação assume proeminência no contexto da saúde mental. Na verdade, para Machado e Reverendo (2013) “a exigência da regulação das emoções (...) [afigura-se como] essencial para manter o «equilíbrio» do sujeito, permitir relações adaptadas e promover a saúde mental” (p. 14).

1.4 Relevância da Dimensão Emocional do Cuidar: Contributos para a Saúde Mental

O conceito de **trabalho emocional** tem a sua origem na sociologia e é definido como a capacidade de “induzir ou suprimir sentimentos de forma a expressar uma determinada fisionomia exterior, e através desta produzir um determinado sentimento no outro” (Hochschild, 1983, p. 7). Os elementos determinantes no trabalho emocional são tecidos pelo contato direto, facial ou vocal, com o outro; a produção de um determinado estado emocional; e permitir através de treino e supervisão regular um grau de controlo sobre as atividades emocionais (Hochschild, 1983).

A dimensão emocional do cuidado humano, apesar de insuficientemente explorada, é considerada crucial (Diogo, 2012). Aliás, “o reconhecimento da dimensão (...) emocional do cuidar (...) [revela-se] essencial para a humanização dos cuidados” (Diogo, 2006, p. 253). A sua mobilização como veículo condutor dos cuidados pressupõe que o enfermeiro perspetive as emoções como orientadoras do seu agir profissional (Diogo, 2006). No cerne residirá no compromisso existencial de estar com e para o outro, no comunicar uma disponibilidade

² Envolve a modificação do significado da situação de forma que altera o seu impacto emocional. A evidência revela que o uso desta estratégia permite a experiência de mais emoções positivas, melhor funcionamento emocional e interpessoal, menor sintomatologia depressiva, maior otimismo e satisfação com a vida (Gross J. , 1998).

³ Pela supressão emocional inibe-se o comportamento emocional expressivo que parece conduzir a maior experiência de emoções negativas, afastamento social, níveis mais significativos de sintomatologia depressiva e a mais reduzidos níveis de autoestima e otimismo (Gross J. , 1998).

contínua, no tornar-se emocionalmente aberto para a sua realidade, disponibilizando-se intelectual e afetivamente para a sua apreensão (Swanson, 1991) (Diogo, 2006) (Diogo, 2012).

Na perspetiva de Diogo (2006), o desempenho do trabalho emocional incorpora ações de dimensão afetivo-emocional inscritas no processo de cuidados que visam transformar positivamente as vivências dos atores envolvidos nos cuidados com a intencionalidade de promover o bem-estar global e possibilitar o processo de *healing* (aqui entendido como a restauração do equilíbrio da totalidade da pessoa). Nesta sequência, torna-se pertinente considerar a dimensão das emoções na relação enfermeiro-cliente, uma vez que estas são expressas nos e pelos cuidados, por via do processo relacional.

O conceito de trabalho emocional é da máxima pertinência pois “os enfermeiros atuam na emocionalidade dos clientes no sentido de a atenuar, sendo uma dimensão prática que se inscreve no ato de cuidar” (Diogo, 2012, p. 177).

Subjacente a este aspeto, importa referir que o enfoque na interação relacional enfermeiro-cliente dá, *per se*, “visibilidade ao envolvimento emocional (...) pois não há cuidados sem contexto de interacção e nessa interacção os aspectos emocionais estão omnipresentes” (Diogo, 2012, p. 9).

De acordo com Diogo (2012), o trabalho emocional pressupõe a dádiva de afeto, um “amor incondicional (...) [que] implica dar de si próprio” (p. 185) e que corresponde ao uso terapêutico do *self* (Travelbee, 1971) (Watson, 2002), visando nutrir o estado de bem-estar. Ao mobilizar-se intencionalmente como instrumento terapêutico, o enfermeiro procura impulsionar uma progressiva reorganização funcional adaptativa pelo ganho de *insight* e, portanto, aliviar o sofrimento. Esta perspetiva vai ao encontro do preconizado por Watson na sua Teoria de Cuidado Transpessoal. Nas palavras da teórica, importa a mudança de paradigma entre *prestar cuidados a* para *prestar cuidados com*, onde o enfermeiro se abra ao campo fenomenológico do outro, o procura e se afeta por e com ele. Para Watson, “quanto mais individualizados são os sentimentos que o enfermeiro transmite, mais fortemente o processo de cuidar afecta o recetor” (Watson, 2002, p. 100). Destaca-se que os sentimentos do enfermeiro podem ser experimentados não com a finalidade de com isso obter alívio ou ajuda por parte do cliente, mas “como parte de ser e de se tornar dentro do relacionamento” (Watson, 2002, p. 114). A este propósito, o uso do *self* do enfermeiro nos cuidados permite que este ao estar integralmente na situação de cuidados se ofereça como presença verdadeira e reflexiva, proporcionadora de um contexto relacional contentor.

Nutrir os cuidados com afeto supõe, portanto, o envolvimento afetivo e terapêutico por

parte do enfermeiro que, desta forma, humaniza os cuidados (Watson, 2005). Ao impregná-los de afeto, fá-los sobrepor à emocionalidade negativa que advém da doença, reconfigurando-a. Concorre-se, assim, para “atenuar a ansiedade, o medo, a angústia e outros estados emocionais de disforia que acrescentam sofrimento à doença, pela vivência de experiências emocionais gratificantes que conseguem gerar” (Diogo, 2012, p. 186) que ficam retidas numa “memória afetiva” (idem, ibidem, p. 181) dos clientes.

Na construção da relação terapêutica, importa que o enfermeiro situe o cliente no seu cerne. Ao fazê-lo e ao acreditar que aquele possui recursos inatos que poderão ser mobilizados visando o desenvolvimento das suas potencialidades e a aquisição de homeostasia emocional, o enfermeiro opta por um modelo de intervenção profissional de âmbito psicoterapêutico. Esta intervenção persegue como objetivo o processo de consciência de si ou *awareness* pelo cliente posicionado no cerne da relação diádica e caracteriza-se pela apreensão dos fenómenos pessoais (em foco, os emocionais) e os extrínsecos (ambientais), no aqui e agora. Dito de outro modo, a abordagem relacional pretende constituir-se como uma experiência de crescimento (Chalifour J. , 2008). Da revisão crítica de literatura sobressai que para tal é necessária uma atitude de “essência afetiva” (Diogo, 2012, p. 32) caracterizada pela autenticidade, pela congruência, pela atenção positiva incondicional e pela compreensão empática.

A este respeito, Morse, Bottorff, Anderson, O’Brien, & Solberg (2006) referem que um estímulo provoca no enfermeiro um *insight* empático resultando na empatia emocional. Esta surge como sendo uma atitude situada, simultaneamente nos planos conceptual e afetivo e pela qual o enfermeiro apreende “os dados como o próprio sujeito” (Chalifour J. , 2008, p. 198). Assim, ao reconhecer a sua unicidade e irrepetível a sua experiência e ao apreender as suas particularidades enquanto formas impregnadas de significações e carregadas de sentido, o enfermeiro procurará adaptar as suas intervenções ao que o outro pensa, sente e vivencia. Ao assumir estas particularidades relacionais, o enfermeiro estará a investir na dimensão emocional do cuidar.

O *insight* empático anteriormente mencionado está na base das características da sensibilidade vigilante do enfermeiro (Diogo, 2012). Esta revela-se pela compreensão das vivências emocionais mas também pela intenção de fazer sentir no cliente essa compreensão. Para Caeiro & Diogo (2014), “cada uma das respostas emocionais (...) encontra significado na sua comunicação verbal e não-verbal por parte do enfermeiro que as identifica [acolhe e procura agir em concomitância]” (p. 5).

As intervenções terapêuticas, nas quais o trabalho emocional tem lugar, procurarão

transformar as significações de emocionalidade negativa ou intensas em vivências positivas e gratificantes (Joyce-Moniz & Barros, 2005) visando facilitar a gestão das emoções vividas e evitar a ocorrência de picos emocionais intensos (Caeiro & Diogo, 2014). Desta forma, promove-se o autocontrolo e o sentimento de controlo da situação, e uma consequente tranquilidade e segurança (Diogo, 2012), tão necessárias ao sobrevivente quando a incerteza impera e se vivencia um processo de liminaridade. Da perceção do sentimento de controlo sobre a experiência, advém o conforto emocional e o alívio do sofrimento existente.

Desta forma, ressalta que a capacidade de regular as emoções revela-se essencial para o funcionamento adaptativo (Gross, Richards, & John, 2006) e desenvolvimento psicológico saudável (Gullone & Taffe, 2012). Silk, Steinberg & Morris (2003) afirmam que uma melhor compreensão da regulação emocional pode concorrer para a compreensão das diferenças individuais na saúde mental e no ajustamento. Como consequência, a desregulação emocional associar-se-á a excessiva reatividade emocional e/ou défices emocionais, incluindo emoções contritas, empatia atenuada e reações afetivas não apropriadas aos contextos.

Em jeito conclusivo e pelo que foi anteriormente elencado, importa que a abordagem ao cliente tenha em consideração os pressupostos: 1) a aceitação da experiência subjetiva de doença, ou seja, a forma como sente, vive, representa e significa a sua doença; 2) centrar-se no cliente enquanto pessoa e não na doença, isto é, na pessoa doente que dá voz à doença; 3) reconhecer, aceitar e trabalhar os processos de perda, perda da identidade, da integridade, de papéis e estatutos, funcional, relacional; 4) respeito e valorização das avaliações pessoais, dos juízos, valores e sistemas de crenças do cliente acerca da doença; 5) atender, avaliar e trabalhar as reações emocionais à doença (medo, tristeza, raiva, desespero, insegurança); 6) o trabalho atempado da desregulação emocional decorrente do sofrimento na doença, característico do processo de adaptação, dado que pode prevenir a evolução para quadros clínicos de distúrbio emocional (McIntyre T. M., 1995).

“A compreensão do cliente enquanto personagem do seu próprio adoecer, é importantíssima na prestação de cuidados” (Costa S. , 2012, p. 79). Com efeito, o estudo da experiência subjetiva de *distress* na doença e da desregulação emocional inerente parece revestir-se de grande importância, no sentido de possibilitar melhor compreensão da forma como os clientes vivenciam a experiência de doença, de forma a serem planeadas e realizadas intervenções que aliviem o sofrimento, promotoras da adaptação ao processo de doença, com repercussões na qualidade de vida e melhoria da saúde mental (Rawl, et al., 2002) (Costa S. , 2012). Atente-se ao Mapa Concetual constante no Apêndice I.

2 OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 Problemática

Não obstante os progressos da medicina oncológica, o cancro continua a ser associado a uma imagem nítida que passa pelo estigma, sofrimento, isolamento social, culpabilidade e perda de sentido (Albuquerque & Cabral, 2015). Com efeito, a morbilidade psicológica e psiquiátrica é extremamente complexa, situando-se num amplo espetro, desde a adaptação a situações de depressão e ansiedade e que versa nas distintas fases da doença, incluindo a da sobrevivência e sequelas que a acompanham.

A vulnerabilidade decorrente da experiência de sobrevivência surge, assim, no contexto da vida diária destes clientes, cujas respostas, de maior ou menor magnitude, constituem um pedido de ajuda efetivo que, frequentemente, se desvirtua. Parecem concorrer para este facto: a inexistência de profissionais com formação em psico-oncologia e/ou especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; a escassez de evidência científica no âmbito da sobrevivência; a relevância da unicidade da vivência emocional do sobrevivente de cancro e o desconhecimento das especificidades de atuação do enfermeiro nestas circunstâncias e face à existência de psicopatologia.

Impõe-se, por conseguinte, uma compreensão além do cuidado clínico (Muniz, Zago, & Schwartz, 2009) e um cuidado de enfermagem de excelência. Os clientes esperam dos profissionais cuidados humanizados que não somente lhes permita vencer a doença como assegurar a melhor qualidade de vida possível e a sua integridade enquanto pessoas. Compreender como os sobreviventes gerem, emocionalmente, o impacto do cancro, afigura-se pois relevante para os enfermeiros a fim de que seja possível potenciar uma sobrevivência de qualidade.

O mote deste trabalho radica na convicção que “*being disease free does not mean being free of the disease*” (Holland, et al., 2010, p. 53). Neste sentido, é de todo relevante a investigação nesta área no sentido de construir um corpo de conhecimento consolidado que permita a construção de um *corpus* teórico transferível para novas práticas de saúde que potenciem a otimização da vigilância da saúde mental no contexto oncológico.

Paralelamente, o atual paradigma de Enfermagem – unitário-transformativo – evoca a necessidade de uma ação dirigida à diversidade de respostas humanas do cliente associadas aos fenómenos de saúde-doença. É também neste paradigma que a experiência humana das emoções tem lugar, em contextos de cuidados de Enfermagem ao longo do ciclo de vida.

Abordar o cancro na adultícia implica necessariamente reconhecer a importância das

dimensões psicológica, emocional e das suas implicações. A irreversibilidade da doença oncológica e a necessidade de cuidados de saúde prolongados implicam o confronto com vários stressores, perdas permanentes ou temporárias, exigências de adaptação/readaptação e envolvimento com estruturas institucionais e equipas de saúde multidisciplinares que poderão desestruturar o desenvolvimento harmonioso e/ou o equilíbrio emocional do adulto, como da família onde está inserido (Barros, 2003) (Menezes, Moré, & Barros, 2008). Cumulativamente, ao longo da jornada processual da doença oncológica (diagnóstico, tratamentos, remissão e sobrevivência ou recidiva e provável morte), o sofrimento enquanto experiência emocional (Bayés, 1998), decorrente da perceção de ameaça real ou imaginária de perda da integridade (Benito, Maté, & Pascual, 2011) (Cassell, 1991), numa perspetiva existencial, fenomenológica e “despatologizada” (McIntyre T. M., 2004), acompanha a vivência. Ao constituir uma ameaça à integridade, a doença provoca sofrimento na medida que confronta o adulto com a fragilidade da vida e aproxima-o da ideia de morte (Gameiro, 1999), comprometendo a capacidade de perspetivar o futuro (McIntyre T. M., 1995).

Com efeito, cuidados de saúde restritos às variáveis biomédicas e às fases de remissão são, portanto, reducionistas na medida em que descuram o impacto da doença. No contexto oncológico, a problemática dos cuidados constitui-se como um capítulo de relevância ímpar na ampla área dos cuidados de saúde, se se atender à dificuldade da integração da vivência de doença crónica. Este processo de re-significação do vivido apela a cuidados emocionais e à transformação da gestão das emoções numa intervenção terapêutica. A inegável importância dos processos emocionais no funcionamento adaptativo despoleta, por sua vez, a necessidade de compreender as emoções e o processo regulatório inerente, enquanto intervenção de enfermagem. Nestas circunstâncias, o trabalho emocional revela-se essencial na relação de cuidados. Esta visão revela-se útil para que consiga efetivar-se um cuidado emocional. Neste contexto, a centralidade que a relação enfermeiro-cliente assume no processo de cuidados e a convicção que está insuficientemente escrutinada, também justificam a sua perscrutação.

2.2 Rumo ao Desenvolvimento de Competências

Atendendo às **competências** instrumentais, interpessoais e sistémicas sugeridas nos Descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior, 2000), ao perfil de competências definido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para o curso de Mestrado em Enfermagem (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2014) e ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011a) definiram-se como competências a atingir:

- Conceber e colaborar em programas de melhoria da qualidade de cuidados;
- Assegurar o respeito dos direitos humanos e responsabilidades inerentes à profissão;
- Gerir os cuidados, visando a otimização da equipa pluriprofissional;
- Fundamentar a *praxis* em padrões de conhecimento cientificamente válidos;
- Cuidar da pessoa e família a vivenciar complexos processos de doença na otimização da saúde mental;
- Alcançar o autoconhecimento enquanto condição essencial à apropriação do significado do cuidar.

De acordo com os níveis de competência preconizados por Benner (2005) e sendo enfermeira de cuidados gerais com experiência exclusiva na área de oncologia, considerou-se que o nível prévio ao início do ensino clínico seria o de competente perspetivando o planeamento consciente e deliberado de cuidados de âmbito oncológico. Todavia, tendo em conta a prestação de cuidados na área de psiquiatria e saúde mental e a especificidade da dimensão emocional do cuidar relativa a este projeto, considerou-se o nível de iniciada. Com efeito, a operacionalização do projeto visou uma intervenção mais especializada, forjada por pensamento reflexivo, crítico.

Ao longo deste capítulo procurarão descortinar-se as estratégias planeadas e intervenções empreendidas em circunstâncias de cuidados complexas e exigentes, considerando a metodologia de projeto. Paralelamente explicitar-se-ão as aprendizagens e competências clínicas, pedagógicas, de investigação e crescimento pessoal e ético desenvolvidas no estágio profissional, tendo em conta o perfil de competências do EEESMP.

2.3 Operacionalização do Projeto

A **metodologia de projeto** pressupõe “a investigação centrada num problema real identificado e a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” motivo pelo que é “promotora de uma prática baseada em evidência” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p. 2). Trata-se de um processo assumido como dinâmico, já que é passível de reorientar-se e reciclar-se conforme alterações pertinentes e exequíveis no contexto real do problema. Ao implicar proatividade do ator, possibilita a compreensão detalhada, prevê a reflexividade crítica e acarreta a interferência no campo de investigação (intervenção), possibilitando a transformação e eventual melhoria dessa mesma realidade.

Equacionar a integração das evidências na prática clínica pressupõe que se recapitem as recomendações que advogam a sua pertinência. Neste âmbito e aquando da tomada de posição relativa à Investigação em Enfermagem a OE reconhece que “uma prática baseada em

evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 2). Ainda nesta linha, releva que “o enfermeiro age de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 14). Enquanto especialista é esperado que o enfermeiro ancore a sua “*praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p. 10), pelo que é expectável que interprete, organize e divulgue dados provenientes da evidência que contribuam para uma Enfermagem Avançada.

Face à necessidade de assegurar uma prática cuidativa sustentada em evidências científicas, a **revisão de literatura** emerge como metodologia ímpar ao proporcionar a aplicabilidade de resultados de conhecimento científico significativos na prática, pelo que se constituiu como instrumento da Prática Baseada na Evidência (PBE). Atendendo a este pressuposto, foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL *Plus with Full Text*, MEDLINE with Full Text, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* presentes no motor de busca EBSCOhost Web, bem como em B-On, Elsevier, SAGE Journals, SpringerLink, *Wiley Online Library*, *Academic Search Complete*, *Pubmed* e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Recorreram-se aos critérios de inclusão: português, inglês e espanhol como idiomas preferenciais; resumos ou textos completos de acesso gratuito; publicações de 01/01/2000 a 31/01/2017 (com exceção de autores de referência); inclusão de resumo (AB), *exact major subject heading* (MM), *exact subject heading* (MH) ou *subject terms* (SU). Foram igualmente desenvolvidas pesquisas por título no acervo documental de dissertações de mestrado e teses de doutoramento de Instituições de Ensino Superior. Cumulativamente, efetuaram-se pesquisas a partir das referências bibliográficas de estudos publicados através do motor de busca *Google*. A seleção dos descritores foi transversal a todo o ensino clínico e verificou-se em função das necessidades de aprendizagem e fundamentação das restantes atividades.

A fim de ser possível uma melhor compreensão das áreas de intervenção, além da procura da evidência científica válida foi encetado o conhecimento *in loco* de centros de excelência na região da Grande Lisboa. O período de estágio, período de execução das atividades previamente planificadas, decorreu entre 16 de abril a 30 de setembro de 2015 nos serviços: I) Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Unidade funcional de Internamento; II) Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental - Hospital de Dia do mesmo centro hospitalar e III) Consulta Externa de Endocrinologia de Reabilitação (Consulta Multidisciplinar de

Sobreviventes) de um centro oncológico de referência.

Propuseram alcançar-se os seguintes **objetivos**:

- a) Compreender a essência da dimensão emocional inscrita na prática de enfermagem nos contextos de psiquiatria e oncológico.
 - i. Identificar como se processam os cuidados emocionais em circunstâncias de vulnerabilidade psicológica.
- b) Desenvolver competências de EEESMP nos cuidados prestados ao adulto em situação de doença aguda e crónica:
 - i. Gerir processos de autoconhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro no contexto da prática dos cuidados especializados;
 - ii. Efetuar o levantamento de necessidades de regulação emocional em internamento e ambulatório;
 - iii. Identificar a aplicação prática de intervenções promotoras de regulação emocional nos contextos de internamento e ambulatório;
 - iv. Planear e implementar cuidados diferenciados e personalizados.
 - v. Promover processos de readaptação dos clientes face a estratégias de intervenção de âmbito psico e socioterapêuticas que: valorizem o potencial do cliente; permitam aumentar o insight daquele e elaborar novas razões para o problema; permitam libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes; visem a promoção regulação emocional e a redução do *distress*; facilitem respostas adaptativas, o funcionamento pessoal e a recuperação da saúde mental.
 - vi. Avaliar os resultados das intervenções.
- c) Conhecer a experiência emocional do sobrevivente oncológico:
 - i. Identificar as respostas emocionais à vivência de uma doença oncológica;
 - ii. Reconhecer o sofrimento emocional, enquanto forma de amplificação afetiva do *distress* no sobrevivente;
 - iii. Avaliar competências de regulação emocional dos jovens adultos/adultos;
 - iv. Analisar o impacto de estratégias de regulação emocional na diminuição do *distress* percebido e no incremento do ajustamento psicológico.

Importa salientar que os objetivos foram ajustados às necessidades de aprendizagem, interesses e em função da realidade dos contextos de campo.

2.4 Ensino Clínico I: Serviço de Internamento de Psiquiatria

A seleção do campo de estágio decorreu do facto de ser considerada uma unidade de referência no âmbito dos cuidados ao cliente com patologia psiquiátrica aguda e de promoção de saúde mental e, cumulativamente, por ser um contexto de in experiência pessoal. O período de contacto iniciou-se a 16 de abril e terminou a 29 de maio do ano 2015, perfazendo um total de 234 horas.

Esta unidade funcional de Internamento está integrada num Departamento de Neurociências e corresponde a uma estrutura composta por uma miríade de profissionais organizados em grupos de trabalho distintos, criando uma orgânica complexa. A equipa multidisciplinar conta atualmente com vinte e um médicos psiquiatras (especialistas e internos de especialidade), trinta e três enfermeiros, quinze assistentes operacionais, uma psicóloga, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, uma dietista, duas assistentes técnicas e um segurança. No que concerne ao desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem, é notória a aposta na aquisição de competências de enfermeiro especialista, ao constatar-se que cerca de 55% dos elementos detêm o título de Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. O método de distribuição de trabalho corresponde ao individual, embora com tendência para responsável (ou de referência), visando cuidados individualizados e humanizados. Afigura-se legítimo referir-se que a atividade profissional dos enfermeiros tem subjacente a missão de alcançar um nível de excelência de cuidados e serviços, em consonância com a política organizacional da instituição, pela resposta eficaz, eficiente e efetiva às necessidades e expectativas dos clientes. A prossecução desta missão assegura assim uma dinâmica em que cliente é considerado o centro das intervenções. Nesta perspectiva, a prática dos enfermeiros norteia-se pelo compromisso de qualidade numa tripla perspetiva: individual, familiar e social. Num cômputo geral, visa assegurar-se um atendimento diferenciado aos clientes com patologia psiquiátrica em fase aguda ou subaguda, numa perspetiva biopsicossociocultural e espiritual, portanto, holística, através de intervenções precoces e integradas.

O serviço tem adstrita uma extensa área geodemográfica envolvendo treze freguesias. A admissão de clientes propostos para internamento pressupõe a proveniência da consulta externa, serviço de urgência psiquiátrica, outros serviços hospitalares internos sob orientação da psiquiatria de ligação, o encaminhamento de outros hospitais civis sem urgência de psiquiatria (período noturno) ou de outras entidades referenciadoras externas ao abrigo de protocolos de cooperação. Estruturalmente, conta com uma dotação total de vinte e oito camas e cinco macas em regime aberto, regendo-se pelo princípio de liberdade dos internados num *setting* o menos restrito possível, com exceção do internamento compulsivo. Nestas

circunstâncias, é pois possível o contacto com o exterior na presença de um profissional de saúde que assume dever de vigilância.

Do ponto de vista funcional, o serviço encontra-se segmentado em dois setores, um dos quais conta com onze vagas especificamente destinadas a clientes com perturbações de comportamento alimentar (designado de grupo B). O outro (doravante designado de grupo A) inclui, consequentemente, dezassete vagas fixas e outras cinco adicionais. Os clientes apresentam como entidades nosológicas mais frequentes as perturbações de humor (depressiva major e bipolar), de personalidade (borderline, esquizóide, histriónica), esquizofrenia (tipo paranóide) e episódios psicóticos primários (primeiros surtos) ou secundários a toxicidade por drogas. Para efeitos de caracterização dos clientes internados aquando do período de estágio supracitado *vide* Apêndice II.

O serviço tem ainda a particularidade de possuir uma unidade de Eletroconvulsivoterapia a funcionar bissemanalmente e aberta a clientes internados em outras instituições hospitalares. Importa ainda destacar a parceria estabelecida com a comunidade como garantia de continuidade de cuidados de reabilitação e reintegração psicossocial.

Segue-se a sumariação das principais atividades desenvolvidas e intervenções de enfermagem empreendidas.

2.4.1 Acompanhamento Individual

Na opinião de Benner (2005), a aprendizagem do enfermeiro é mais profícua quando aquele recorre à análise de uma situação individualizada de cuidados atentando à metodologia do estudo de caso. Na sua essência, o estudo de caso corresponde a uma “investigação empírica” (Yin, 2001, p. 32) decorrente da triangulação de múltiplas fontes de evidência e que se rege pela lógica que orienta as sucessivas etapas de planeamento, recolha, avaliação e interpretação da informação dos métodos qualitativos, com a particularidade de que o propósito será o estudo intensivo de uma ou mais unidades de análise (Fortin, 1999). Trata-se, por conseguinte, de uma estratégia de pesquisa que permite estudar o objeto no seu contexto real e que apresenta características holísticas. A este propósito Benner (2005) argumenta, aliás, que é por via da exploração sistematizada de um fenómeno que se acede a um conhecimento aprofundado capaz de sustentar a intervenção personalizada. Filiando-se a esta ideia, Pio Abreu (2011) releva que só por via da “redução fenomenológica” (p. 20) será possível aceder-se à vivência do cliente, “penetrar na sua própria visão” (p. 20).

Integrado no paradigma unitário-transformativo, o estudo de caso apela assim a que o enfermeiro seja coparticipante nas experiências de saúde-doença dos clientes, quer no

acompanhamento da imediatez da vivência quer na posterior elaboração e significação, isto é, na exploração do sentido do vivido. A compreensão parece ser condição *sine-qua-non* para o cuidar individualizado. E “para compreender, é necessário co-experienciar” (Pio Abreu, 2011, p. 23), confrontar-se com a “plenitude da visão subjetiva [*do outro*] e factos objetivos [inerentes aos eventos experienciados]” (Jarpers, 1959, cit. por Pio Abreu, 2011, p. 29). Pelo exposto, “é pois no contacto com essas comunicações e singularidades da experiência humana que os enfermeiros adquirem a possibilidade para irem de encontro às necessidades das pessoas, na perspetiva da melhoria da qualidade dos cuidados que prestam” (Oliveira Lopes, 2012, p. 22).

A seleção do caso em foco no Apêndice III teve em atenção o facto de ter-se apresentado como situação complexa de cuidados e, com efeito, uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de competências científicas, afetivo-relacionais e ético-morais. Com efeito, a seleção foi intencional e de conveniência (Bravo & Eisman, 1998) atendendo ao universo disponível (clientes em regime de internamento).

O recurso a uma diversidade de fontes de informação, exigência para a clarificação de significados e garantia da fiabilidade, pressupôs o emprego de fontes documentais (como os subsídios do estado da arte, os registos e relatórios institucionais internos constantes no processo clínico e os instrumentos de apreciação aplicados), a entrevista psiquiátrica e outras fontes orais não registadas (designadamente os contributos de elementos familiares e profissionais de saúde pertencentes à equipa multidisciplinar), o exame das funções mentais e a observação participante. Visando a cientificidade, propôs-se aplicar o processo de enfermagem e empregar os sistemas taxonómicos norteadores da *praxis*, designadamente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - versão 2 para o anúncio dos diagnósticos, a Classificação das Intervenções (NIC) especificamente operacionalizadas e a Classificação dos *Outcomes* (NOC) para a identificação e validação dos resultados obtidos.

Num cômputo geral o estudo teve como finalidade a apreciação global do cliente D. C. recentemente diagnosticado com Perturbação *Borderline* de Personalidade, advogando para o efeito as asserções do Modelo dos Sistemas de Neuman, simultaneamente coerentes com o pensamento sistémico da enfermagem e orientadores do cuidado fenomenológico. Nesta sequência, procurou avaliar-se o cliente enquanto sujeito significativo (que é observado) e como objeto que se escrutina, reflexivamente, a si próprio. Este trabalho de análise compreensiva pressupôs o estabelecimento de uma relação interpessoal de ajuda e parceria visando: 1) a construção de nexos causais por via da apreensão em plenitude do quadro de referência e da realidade subjetiva do cliente; 2) a identificação da natureza das suas

necessidades; 3) a capacitação e o empoderamento (pelo desenvolvimento de competências decisórias e de ação); 4) o estabelecimento do compromisso individual (ao perspetivar-se o cliente como responsável pelo seu projeto de vida).

Ganhos:

Convém denotar que este processo terapêutico foi prematuramente interrompido pelo cliente com a requisição de alta sem parecer médico favorável. Tal concorreu para a emergência de insatisfação e frustração pessoais, impotência e conduziu ao confronto com sentimento de perda e decréscimo de autoconfiança. O *dropout* verificado potenciou a internalização da zanga, culpabilidade e o evitamento defensivo, sinalizadores de uma insegurança própria de quem efetua uma aprendizagem experiencial. Ressalve-se, no entanto, que o acompanhamento profissional pelo supervisor num ambiente de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante concorreu para suplantação do constrangimento e para o fomento de uma observação reflexiva. Ter-se-ia proporcionado um ambiente de efetiva contenção afetiva, um clima de colaboração e comunicação aberta? Teria a qualidade da aliança estabelecida condicionado a adesão, o processo de mudança e predisposto a evasão do cliente? Ter-se-ão validado as reais necessidades e priorizado adequadamente os problemas percebidos? Quais os fatores atinentes ao cliente? O fenómeno da deserção do cliente D. C. catapultou a procura de evidência empírica responsiva. Numa perspetiva analítica, os resultados propendem a confirmar que o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas como a disfunção emocional, as crenças de autoavaliação negativas, a fraca capacidade hedónica, a transição do estado de languidez para a impulsividade, a baixa tolerância à frustração, as características transferenciais de hostilidade, o *locus* de controlo externo, a dificuldade de vinculação, história pregressa de abandonos importantes e a pobre capacidade de *insight* possam, *per se*, ser preditores do risco de abandono (Gastaud & Nunes, 2010) (Benetti & Cunha, 2008) (Katzow & Safran, 2007) (Egan, 2005) (Marron, 2004).

Do exposto, sobressai a importância de uma apreciação minuciosa na consecução de um projeto terapêutico realista e eficaz. Importa atender-se à configuração objetiva do cliente aquando das entrevistas, se se considerar que num contexto de relações interpessoais falhadas, o mundo interno é projetado nas relações atuais que o cliente estabelece (Fetter, 2000). Cumulativamente, face ao isolamento dos preditores do fenómeno, urge incorrer-se no desenvolvimento de processos preventivos, como uma aliança terapêutica de qualidade.

No geral, poder-se-á advogar que esta situação, indiciadora de certa tensão, constituiu uma oportunidade de crescimento profissional e desenvolvimento pessoal, dependente da intrínseca capacidade de resiliência em resistir às adversidades e da construção de um

“sentimento de si” saudável e coeso.

2.4.2 Intervenção Grupal

▪ PASSEIO TERAPÊUTICO

O interesse centrado no ambiente terapêutico em saúde mental reside na miríade de benefícios documentados pela evidência. O escrutínio da vasta matriz teórica associada ao conceito sugere que o foco no *milieu* parece proporcionar uma oportunidade ímpar de desenvolvimento de pensamentos construtivos, de gestão da vulnerabilidade emocional inerente ao adoecer psíquico, bem como de exploração e facilitação de afetos (Vatne & Hoem, 2008). De acordo com a literatura, ao privilegiar-se a deslocação pelo espaço público expandem-se os lugares de pertença, despertam-se afetos, fortalecem-se e amplificam-se os laços sociais (António dos Santos, et al., 2015) (Alves de França, 2009) (Marinho, 2009). Com efeito, ao possibilitar-se a reconstrução e conquista do espaço social, privilegia-se a inclusão e a reabilitação.

O Passeio encontra o seu princípio fundamental no estabelecimento de um vínculo que se pretende terapêutico, radicado na escuta diferenciada da alteridade, na disponibilidade interna de acolhimento das subjetividades do cliente e na validação das suas experiências. O repto consiste em revisitar-se o cliente e despatologizá-lo, mediante a compreensão do seu funcionamento psicológico aos níveis biossociocultural, existencial e institucional, isto é, por via de uma abordagem centrada nos potenciais, nas capacidades de superação e nas virtudes. Trata-se pois de uma proposta de metamorfose pelo qual o cliente acompanhado ao exterior se desaliena pela construção de novos sentidos e transita de uma posição de passividade para uma autonomia crescente.

Atendendo à relevância dos postulados anteriores e aos ganhos em saúde subsequentes, concebeu-se efetivar alguns ensaios de Passeio ao exterior integrando-os na programação semanal, os quais foram devidamente supervisionados por EEESMP (*vide* Apêndice IV).

Ganhos:

Pelos distintos Passeios experimentados admite-se que o acompanhamento de clientes ao exterior seja o expoente da desinstitucionalização. De facto, a efetivação de um acompanhamento de um cliente exige do enfermeiro o despojamento de preconceitos: importa que o ambiente proporcionado seja contendor e securizante. A criação e a solidez do vínculo afetivo revelou-se essencial para que constrangimentos iniciais como a estranheza, a desconfiança fossem ultrapassados. Grosso modo, foram auscultados como sentires comuns a interrupção das atividades quotidianas e das vulnerabilidades relacionais decorrentes do

isolamento e das frágeis redes integradas de apoio.

Em jeito de análise retrospectiva poderá afirmar-se a aproximação à realidade do adoecer mental tornou-se um processo gradativo de aprendizagem, dada a sua complexidade. Reportando-nos ao Passeio enquanto estratégia terapêutica, é expectável a assunção de uma multiplicidade de funções: efetuar o *holding* necessário, resgatar a capacidade criativa do cliente, atuar como modelo de identificação e agente ressocializador e assumir a função de ego auxiliar. Importa conter o sofrimento psíquico e devolvê-lo de forma mais elaborada mas mais suportável. Por outras palavras, há que “promover (...) uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes (...) e uma melhor capacidade de enfrentar a vida” (Rogers, 1985, p. 43). O equilíbrio entre a mobilização das técnicas e estratégias comunicacionais inerentes ao estabelecimento e gestão do vínculo colaborativo e a apropriação dos sentimentos dos clientes revelou-se árduo. Exigiu uma condição permanente de escuta, reflexão, crítica e criação: uma escuta permeável ao que é novo e estranho, mas que, sendo autêntica e intensiva, acaba lentamente por despertar marcas temporais suspensas pela doença e a emergência de espaços na relação com a família e sociais. Estas trajetórias de (re)criação de territórios subjetivos foram implicando, insistentemente, a relativização de valores, tempos e referências pessoais. Conduziram à adoção de uma postura maleável, recetiva, mais espontânea, autêntica e menos formal e paciente, que não poderá nunca ser impositiva de desejos e ritmos para com os clientes. Por estes motivos, acompanhar ao exterior revelou-se deveras intrincado.

Para o cliente internado, os Passeios pareceram atenuar o limite frágil entre si e o grupo se se perspetivar que o convívio que inicialmente se gerou acabou por contaminar positivamente todos os elementos. A par de um clima emocionalmente seguro importaram as intervenções que procuram ser encetadas e que visaram o treino de competências/habilidades sociais, a exploração e compreensão da própria experiência e a promoção do autoconhecimento. Operando-se na (re)colocação do cliente na realidade urbana, teve-se o intuito que no mesmo pudessem recrudescer conexões entre espaços de pertença, organização psíquica e dinâmica social. Pela compreensão, procurou possibilitar-se ao cliente o reconhecimento da sua identidade e a reconstrução da autoestima visando o incremento da esperança e confiança nos recursos adaptativos pessoais e a capacitação para tomada de decisões responsiva.

Pelo exposto, crê-se que acompanhar um cliente com experiência de sofrimento psíquico pareceu convocar uma certa radicalidade que se opõe à adoção de planos terapêuticos estipulados *a priori* e com traços cristalizados pelo hábito. Ao invés, o Passeio

instigou um estado de alerta para o inusitado já que parte das subjetividades do cliente e teve como desafio a “afirmação da existência da loucura dentro da normatividade das ruas, da comunidade, dos serviços de saúde mental” (Marinho, 2009, p. 41). Parafraseando Pereira (2008)

talvez seja esse um dos grandes desafios aos profissionais da saúde mental: arriscarem-se para fora de “seus castelos”, de seus territórios conhecidos, e viajar por novos mares, orientados pela procura ou invenção daquilo que é subjetivamente importante (...). Temos o desafio de não nos acostumar, abrindo-nos aos movimentos numa espera ativa pela novidade. É um exercício cotidiano de criação de um contorno, não tão frágil que desproteja, nem tão espesso que torne o corpo insensível para o encontro com o inusitado (p. 32).

O intuito foi esbater o rótulo de *doente mental* que tampona as possibilidades de valorização das experiências onde se inscreveu o sofrimento. Pelo Passeio, foi possível entrar na esfera dos territórios significativos para o cliente, participar na (co)descoberta de sentidos e intermediar mudanças.

▪ TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

O *stress* pode ser concetualizado como fenómeno percetivo se se considerar que se trata de

uma condição que resulta de múltiplas interacções/transições entre o indivíduo e o meio ambiente das quais surge a percepção de uma discrepância por parte do indivíduo, que pode ser real ou não, entre as exigências do meio e os recursos do indivíduo a nível biológico, psicológico ou dos sistemas sociais (Sequeira, 2006, p. 70).

Com efeito, a exposição ao *stress* poderá ser profícua se aquele for perspectivado como uma fonte de proatividade e incentivo à realização pessoal e profissional (*eustress*). Noutro extremo, assume uma conotação negativa – *distress* – quando os estímulos que o constituem são entendidos como ameaçadores, improdutivos ou angustiantes, superam a capacidade de resistência e de adaptação do indivíduo e ocasionam um quadro de exaustão cognitiva, emocional e comportamental. A limite poderá predispor a psicopatologia (Serra, 2007), de que é exemplo a ansiedade patológica (Rebelo & Carvalho, 2014).

A redefinição da orientação da saúde, centralizada na promoção do bem-estar e do crescimento pessoal, prevê a mudança do foco da psicopatologia para a promoção do bem-estar e a resiliência a estados continuados de *stress*. Para Serra (2007), o relaxamento é em si mesmo um processo psicofisiológico no qual as manifestações físicas e psíquicas são partes integrantes do processo. O alcance do estado de relaxamento prevê assim o estabelecimento de uma consonância entre mente e corpo (Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos, & Paul, 2013).

Esta interpenetração entre o corpo e a mente justifica que o relaxamento somático possa espelhar-se em apaziguamento mental (Serra, 2007). Nesta continuidade, será legítimo pensar-se que processo do relaxamento possa surgir como oportunidade de reorganização e reintegração do que é percebido como desestruturado, ou seja, ser perspectivado como agente que medeia a reflexão e o redimensionamento de significados.

Por outro lado, se se perspetivar o modelo cognitivo-comportamental de Regulação Emocional, o relaxamento dirigido surge como técnica funcional de modulação de resposta (Mikolajczak & Desseilles, 2014). Tal significa que se trata de uma estratégia centrada na resposta que visa “modular a faceta corporal da emoção” (Mikolajczak & Desseilles, 2014, p. 171). Ao agir sobre o corpo, induz a atenuação da tensão muscular e facilita o enfrentar das dificuldades (McKay, Wood, & Brantley, 2007). Neste contexto, as Técnicas de Relaxamento surgem como Intervenção de Enfermagem ao ter como propósito “reduzir sinais e sintomas indesejáveis como a dor, a tensão muscular e a ansiedade” (McCloskey & Bulechek, 2004, p. 719).

Procurou ser ensaiado um programa estruturado de sessões de relaxamento, consistindo em momentos de aprendizagem prévia e treino sistemático posterior de competências de indução de relaxamento psicofísico. Do leque de técnicas existente foram selecionadas a Respiração Diafragmática, o Relaxamento Muscular Progressivo, o Treino Autogénico e a Imagética e estipulados distintos planos de atuação. A sua operacionalização pressupôs a pesquisa de evidência científica, o parecer positivo do corpo de enfermagem, a consulta dos processos e registos clínicos e a triagem dos participantes atendendo à estipulação de critérios de inclusão e exclusão (*vide* Apêndice IV). A sustentabilidade da intervenção exigiu a verificação da reunião de condições prévias nos clientes, designadamente a consciencialização facilitadora face ao seu estado de saúde e a disponibilidade para a aprendizagem. Foram delineados como objetivos imediatos: a) reduzir a ansiedade experienciada pelos participantes; b) promover a tranquilidade; c) fomentar o autoconhecimento; d) promover o autocontrolo emocional. Com o intuito de ser sujeito a supervisão, foi solicitada a colaboração de especialistas na área de enfermagem e na de terapia ocupacional. Após a instrução dos objetivos do programa, procurou assegurar-se o anonimato, a confidencialidade e a privacidade dos participantes no decurso das sessões por via do compromisso grupal da não divulgação de qualquer tipo de informação emanada sem prévia autorização dos intervenientes e da imposição de um *setting* fechado a elementos exteriores ao grupo de participantes. Uma vez induzida a resposta de relaxamento e atenuada a interferência de pensamentos disruptivos perturbadores, foram procurados resultados de minimização da

reatividade ao *stress* (*outcomes* de enfermagem ou NOC) e estimulados momentos de exploração, partilha e das suas experiências individuais dos clientes. Cumulativamente, foi elaborado um protocolo de avaliação que integrou dois momentos de recolha de dados (previamente e após a sessão de relaxamento) com recurso à subescala de Ansiedade-Estado (STAI - forma Y₁).

Ganhos:

A opção pelo envolvimento de pares residiu na comprovação empírica que, ao estimular a receptividade a novas experiências e facilitar a confrontação, o grupo funciona como amortecedor do *stress*, concorrendo pois para uma melhor adaptação individual a eventos críticos. Ambos os grupos exibiram comportamentos de adesão, patentes na receptividade às atividades propostas e participação na totalidade dos exercícios, sem intercorrências.

As respostas às sessões experimentais de relaxamento em termos da sua eficácia, na ótica do participante, encontram-se sistematizadas no Apêndice IV. Da análise do instrumento Ansiedade-Estado (STAI-forma Y₁) sobressai que os resultados bitolam o efeito terapêutico obtido. Num cômputo geral, as técnicas espelham a efetividade do relaxamento na melhoria do estado de ansiedade, patente na redução dos valores absolutos obtidos entre as fases diagnóstica e a posterior à intervenção concretizada. Os resultados vão ao encontro da evidência e corroboram o facto de o STAI-Y₁ ser um importante instrumento de *screening* da autonomia emocional (isto é, da capacidade de sentir, pensar e decidir responsavelmente) que, aliás parece ser reativa ao contexto de situação.

Ainda que não tenha expressão significativa, a explicação para o incremento da ansiedade (*vide* “Pioria”) pode ser remetida para o horário inadequado das sessões 1 e 2 (ocorridas no turno da manhã) favorecedor de interrupções por motivo de entrevista ou psicoterapia. Acredita-se que as descontinuidades verificadas no decurso da técnica de relaxamento de Jacobson tenham contribuído para a verbalização de “dificuldades de concentração” (sic).

Qualitativamente, foram reportados sentimentos subjetivos de bem-estar, expressões de agrado, prazer e satisfação (“recarga de energia vital”- sic), espelhando o aumento do grau de perceção de relaxamento global e a concomitante redução da perceção de ansiedade (“atenuação de angústia”- sic). Foram ainda relatados ganhos inerentes ao sono (redução da insónia) por parte das clientes sujeitas ao Treino Autogénico de Schultz - sessões 3 e 4, provavelmente por terem sido realizados no turno da tarde. Neste grupo em particular, foi documentada a supressão de “problemas digestivos” (sic) considerados intrínsecos a estados emocionais possivelmente inconscientes.

Da observação das sessões, puderam ainda constatar-se sinais exteriores compatíveis com o alcance de um estadio de tranquilidade psíquica como a redução da frequência respiratória, o aumento da profundidade dos movimentos ventilatórios, menor inibição nos momentos de partilha/interação, demonstração de autocontrolo (revelado na capacidade de contenção do *stress* num nível passível de ser gerido pela replicação das técnicas aprendidas) e centração em si (manifestado nas reflexões pessoais relativas aos ganhos obtidos).

Foram documentadas barreiras à consecução dos objetivos o aumento ponderal e declínio de energia decorrente da farmacoterapia (indicado como fator limitante da execução de exercício físico), factos que vão ao encontro da evidência (Pearsall, Smith, Pelosi, & Geddes, 2014). Importa notar que a inexperiência na operacionalização de atividades desta índole possa ter influído negativamente os resultados alcançados.

Importa, todavia, referir que a concretização desta intervenção abriu caminho ao estabelecimento de relações individuais pautadas por maior confiança e possibilitou a consciencialização da relevância da gestão adequada da comunicação, designadamente a influência da transmissão de uma postura serena e de proximidade na compreensão das experiências individuais, da decodificação dos sentimentos e do reforço positivo que advém da retroação dos demais elementos do grupo. De notar que o conhecimento veiculado por via da psicoeducação parece ter sido maximizado pela aprendizagem presencial e discussão em grupo. Visou-se a amplificação da compreensão, a instilação de esperança, a aquisição de estratégias de *coping* adaptativas e uma gestão mais eficaz de variáveis associadas ao *stress*.

No global, a relevância das Técnicas de Relaxamento na saúde mental positiva reside no facto de tratar-se de uma abordagem centrada nas capacidades e potenciais humanos por incidir nas dimensões somática, psíquica e emocional. Trata-se de um importante recurso não farmacológico e de uma componente integrante de modalidades terapêuticas combinadas quando se pretende a maximização dos ganhos em saúde pela criação de sinergias (psicoeducação e relaxamento). Concluindo, acredita-se que a sua aplicação por parte dos enfermeiros, em particular dos especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria apresenta-se como uma mais-valia no alívio da ansiedade experienciada pelo cliente hospitalizado. Parece efetivamente existir uma afinidade íntima entre o Relaxamento e a restituição de bem-estar, comumente comprometido nestas circunstâncias.

2.5 Ensino Clínico II: Hospital de Dia de Psiquiatria

A segunda fase do estágio profissional decorreu de 18 de maio a 3 de julho de 2015 na unidade funcional de Hospital de Dia (HD) do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do

mesmo centro hospitalar, num total de 257 horas. Com a lotação prevista para vinte clientes, tem por missão: a) a remissão sintomática; b) a evicção da cronicidade da psicopatologia pela capacitação do cliente para a prevenção da crise; c) a promoção da autonomia pelo restabelecimento das capacidades individuais afetadas pela doença; d) a reabilitação psicossocial com a estruturação do projeto de vida, consolidação dos ganhos em saúde e a reintegração do cliente nos contextos familiar, social e profissional. Funcionalmente, trata-se de um internamento parcial voluntário que opera aos dias úteis das 9 às 16 horas, permitindo desta forma a articulação com a comunidade.

À data, a equipa multidisciplinar integra três enfermeiros, uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas, dois psiquiatras e internos da especialidade médica. Importa realçar que o modelo de intervenção é psicodinâmico e portanto de orientação psicanalítica, pelo que todo o trabalho é permeado por este olhar teórico. Saliente-se que por via deste procura-se no cliente a expansão da consciência, a possibilidade de contenção das divergências, angústias e ambivalências, a exploração da criatividade (colocando-a ao serviço da compreensão da subjetividade e diferenças individuais), o autoconhecimento pela consciencialização do material inconsciente e a abertura à mudança pela modificação do superego (Eizirik, Aguiar, & Schestatsky, 2015).

São comumente propostos ao ingresso no HD clientes com psicoses, perturbações de personalidade ou de humor refratárias tanto à farmacoterapia como a intervenções de âmbito psicoterapêutico. A referenciação é efetuada pelo psiquiatra assistente, independentemente da proveniência ser interna (serviço de internamento ou ambulatório) ou externa ao hospital (consulta privada). A admissão supõe a efetivação de um processo de triagem concretizado pela equipa multidisciplinar (que procede à avaliação clínica inicial e à estruturação da aliança terapêutica) e prevê o cumprimento escrupuloso de um regulamento interno e o compromisso de proatividade face às atividades propostas. O programa terapêutico implementado é adaptado às necessidades do cliente e portanto individualizado, pressupõe a assinatura de um contrato e prolonga-se temporalmente, com a respetiva duração a perfazer a média de dez meses. Dele fazem parte: 1) atividades terapêuticas como as psicoterapias individual e de grupo, incluindo o multifamiliar (com a presença dos envolvidos nas tramas relacionais); 2) treinos cognitivo, de relaxamento e de competências sociais, de que são exemplo a gestão de fundo de maneo, socialização e mobilização na comunidade, comunicação funcional e treino de responsabilidade; 3) atividades projetivas (desenho, a pintura, a colagem, a escrita criativa e o painel de ideias); 4) atividades psicoeducativas (para adesão e monitorização farmacológica); 5) cine e musicoterapias; 6) acompanhamento socio-ocupacional no

planeamento de fins de semana e 7) *coaching* grupal analítico.

No decurso do presente ensino clínico pôde contar-se com uma amostra populacional de 18 clientes com idades compreendidas entre os 18 e os 78 anos, com predomínio de jovens adultos e género feminino. Em Apêndice II consta a caracterização da referida amostra.

Segue-se a sumariação das principais atividades desenvolvidas e intervenções empreendidas.

2.5.1 Jornal de Aprendizagem como instrumento terapêutico

Redutoramente, a narrativa escrita é libertadora, ao permitir escoar as dificuldades, os limites pessoais, as preocupações. Numa perspetiva de profundidade, possibilita a preservação das vivências e as perceções factuais da distorção que o tempo vai introduzindo.

Albert (1993 cit. por Catani, Bueno, Sousa, & Souza, 2000) assinala a potencialidade da escrita para o processo formativo ao apontar que

a escrita supõe um processo de expressão e de objetivação do pensamento que explica sua atitude de reforçar ou constituir a consciência daquele que escreve. Escrever sobre si é auto-revelar-se, é um recurso privilegiado de tomada de consciência de si mesmo, pois permite «atingir um grau de elaboração lógica e de reflexibilidade» (p. 42).

Da literatura apreende-se que a escrita intermedeia a reflexão e a ação; narrar facilita a compreensão da realidade, pelo que a sua construção encerra um processo reflexivo (Schön, 1992). Também Santos (2009) corrobora esta afirmação ao considerar a “prática reflexiva como um processo de transformar o pensamento da prática numa potencial situação de aprendizagem a qual pode ajudar a alterar e modificar as abordagens nessa mesma prática” (p. 83). E continua, acrescentando que na reflexão “importa olhar de forma interpretativa e crítica como instrumento de promoção da consciência” (Santos, 2009, p. 89). Ainda nesta sequência Pereira-Mendes (2016) sublinha que “o exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado [apreciação], para construção do futuro [tomada de decisão]” (p. 3). Tratando-se de uma retrospectiva intencional, requer um exame exaustivo dos *outcomes* alcançados ou suscetíveis de o terem sido, num registo simultâneo de compreensão e de integração de “novas formas de pensar e de agir” (Alarcão & Rua, 2005, p. 377). Sobressai portanto que aliada ao pensamento crítico, a reflexão sustenta a ressignificação da ação, pelo que capacita o profissional para reconhecer, controlar conscientemente e resolver criativamente as exigências quotidianas (Jasper, 2003).

De acordo com estes registos, pela reflexão é-se convidado a um empenho ativo, um envolvimento pessoal e profissional que visa a aquisição da consciência percetiva, central para um bom raciocínio de enfermagem (Benner, 2005), bem como para a (re)construção de saberes e a emancipação da profissão (Santos, 2009). Atendendo aos pressupostos explanados, foram

efetuados vários jornais de aprendizagem, alguns dos quais constam no Apêndice V.

Ganhos:

À distância temporal e muito laconicamente, a redação de jornais de aprendizagem configurou-se um auxílio à memória, possibilitou a reflexão sobre a prática constatada e exercida e a análise densa das experiências vivenciadas. A escrita revestiu-se de função catártico-terapêutica ao deixar emergir as inquietações e as bipolaridades dilemáticas, enfim, ao ser expressão das dificuldades no contexto do HD. Cada jornal acabou assim por constituir-se como ferramenta terapêutica ao promover o processo introspetivo de dissecação das vivências impactantes. O ato de revisitar o agir numa ótica de questionamento permanente e análise centrada no próprio desempenho permitiu que se tornasse explícito o significado da própria experiência e concorreu para a consciencialização das situações abordadas.

Paralelamente, este processo de apropriação reflexiva acabou por converter-se numa importante autoclarificação ao ter iluminado as posturas, as crenças, os anseios, as necessidades de desenvolvimento. Ao estimular, posteriormente, o diálogo supervisivo, cada jornal viabilizou a (re)construção pessoal pelo ganho de novos *insights*, redefiniu o pensar e possibilitou identificar convergências orientadoras da ação futura, isto é, novas propostas de estar e interagir. De facto, ainda que nos distintos momentos de *feedback* encetados pelo enfermeiro orientador tenham sido desveladas vulnerabilidades individuais, a reflexão em torno dessas aquisições foram gradativamente permitindo a elaboração do conhecimento e a validação sustentada das intervenções enquanto foram conferindo conforto emocional. Com efeito, o exercício clínico foi sendo contaminado positivamente pelos ganhos obtidos em cada interação, facto que foi entendido como construtivo e securizante. Num cômputo geral, a conceção dos jornais permitiu pois assimilar e reconsiderar a experiência, compreendê-la, interpretá-la, pelo que teve expressão positiva no processo de aprendizagem e entendida como determinante para o crescimento interno e desenvolvimento profissional. Acredita-se assim que a reflexão orientada assumiu uma inequívoca relevância enquanto estratégia formativa.

2.5.2 Intervenção Grupal: “Eventos de Vida e Emoções”

Um vasto conjunto de publicações tem evidenciado a necessidade de dar visibilidade ao sofrimento psíquico e indagar sobre as conexões entre as manifestações psicopatológicas e as “raízes psicossociais” subjacentes (Gama, Campos, & Ferrer, 2014, p. 75). Neste âmbito, surge o repto de trabalharem-se “perspetivas que permitam uma aproximação com o fenómeno do sofrimento mental sem aprisioná-lo em categorias, permitindo maior flexibilidade e diversidade tanto na compreensão como nas propostas de intervenção” (Gama,

Campos, & Ferrer, 2014, p. 78). Para os autores, valorizar a criação de sentidos para o sofrimento pressupõe que o profissional de saúde mental atenda aos vínculos, às relações afetivas e enfatize a emocionalidade, a fenomenologia dos sentimentos. Esta conceção surge retratada em Damásio (2011) quando conjectura que

o comportamento e a mente, consciente ou não, assim como o cérebro que os gera, recusam revelar seus segredos, a menos que a emoção (e os muitos fenómenos que se escondem sob seu nome) seja inserida na equação e tenha sua importância reconhecida (p. 140).

Nesta continuidade, “conhecê-las é conhecemo-nos” (Pio Abreu, 2011, p. 125). No que concerne à clarificação do modo como é operado o processamento emocional Monteiro, Pereira & Cuve (2017) preconizam que “a teoria afetiva é uma das hipóteses que recolhe maior consenso” (p. 120). De acordo com esta, os estímulos externos de ordem emocional determinam a identificação do significado a ele associado, a produção subsequente do estado afetivo e comportamento emocional, ambos alvo de regulação posterior. Nesta continuidade, a ocorrência de um enviesamento gerará “respostas emocionais desadequadas ao contexto, que vão sendo continuamente produzidas em *loop*” (p. 120) conduzindo ao enquistamento desses padrões de processamento emocional disruptivos, presentes em diversas patologias psiquiátricas.

Recordando os ensaios de Jean Paul Sartre, Pio Abreu (2011) propõe que “durante os estados emocionais, a consciência [de si e do corpo] transforma-se na sua totalidade, transformando também o mundo (...) num mundo mágico que se adapta, temporariamente, à sua intencionalidade” (p. 99). Merecem pois ser dignos de análise os desenhos ou outros signos produzidos pelos clientes, se se atender que “maneirismos e estereotípias ou usos anormais das cores e dimensões (...) são (...) expressões do psiquismo doente” (Pio Abreu, 2011, p. 69). A opção pelo recurso ao subsídio da terapia expressiva decorre do facto desta ser vislumbrada como

processo predominantemente não verbal, por meio das artes plásticas e da dramatização que acolhe o ser humano em toda a sua complexidade e dinamicidade, [além de procurar] aceitar os diversos aspetos da vida [dos clientes] como os afetivos, culturais, cognitivos, sociais (...), tão importantes na saúde mental (Coqueiro, Vieira, & Freitas, 2010, p. 860).

Acredita-se pois os mediadores expressivos possibilitam o registo de conteúdos do inconsciente, pelo que representam o reflexo da vida intrapsíquica do autor e do seu significado (Bordin, Schran, & Dias, 2014) (Coqueiro, Vieira, & Freitas, 2010) (Jung, 2005). Com efeito, por via da arte e do lúdico resgata-se o potencial imaginativo e criativo do cliente, o que concorre para a autorregulação do eu e facilita a sua reintegração social. Trata-se pois de um processo alquímico, um processo de maturação emocional e, portanto, de crescimento

pessoal.

Face aos conteúdos elencados facilmente se entende que a compreensão dos substratos emocionais associados às experiências do adoecer mental afigura-se essencial. A proposta de constituição de um grupo de cariz socioterapêutico consistiu em averiguar como a interrelação cliente-grupo contribui para a ocorrência da cristalização dos papéis ou a sua modificação na realidade concreta do «aqui e agora» e validar como a organização do caos interior por via do pensar, sentir e compreender, tende a desencadear a reformulação dos conteúdos internos. Tendo por fundamento os pressupostos psicanalíticos defendidos pelo HD em questão, a intervenção grupal visou atingir não somente a homeostasia intrapsíquica individual, como a relacional (psicossocial). Veja-se o Apêndice IV.

Ganhos:

Tendo a psicanálise como substrato para a compreensão e subjetividade, procurou nortear-se o trabalho pelo recurso à reminiscência e à transferência. Cada elemento foi assim convocado a ampliar as suas fronteiras, a transitar por territórios inexplorados tendo por intuito a reorganização do psiquismo e a ressignificação da história subjetiva vivenciada por cada um. Importa lembrar que a oferta dos diferentes tipos de dispositivos terapêuticos teve em consideração a organização institucional, a leitura das necessidades e a especificidade de cada momento, determinado pela dinâmica de funcionamento.

A experiência artística parece ter funcionado como palco onde foi possível a projeção do *self*, a revelação do cenário interno escamoteado, a visibilidade das idiossincrasias obscuras. Tratou-se, pois, de criar “um espaço aberto e flexível (...) para a verdadeira individualidade” (Bucho, 2009, p. 81). O recurso a vários mediadores artísticos (expressões plástica, corporal e dramática e técnicas projetivas) viabilizaram o “confronto consigo próprio (...) e a organização (...) do «eu interior»” (Bucho, 2009, p. 89). Pela livre criação foram trazidas para o mundo externo e objetivo as imagens internalizadas ancoradas ao mundo interno subjetivo, de outro modo inacessíveis (Ferrari, 2012). Com efeito, a intervenção foi gradativamente implicando o afloramento de aspetos inconscientes, a amplificação do conhecimento de si, o acesso à autoconsciência, às diferenças em relação ao outro e aos seus limites, além de ter potenciado a reparação de vulnerabilidades e ter permitido a resolução de conflitos introjetados. Pelo acolhimento das experiências pessoais, pelo lúdico e pela reflexão, as atividades visaram a compreensão, a valorização das capacidades/qualidades dos clientes, a facilitação de escolhas saudáveis e a construção de expectativas realistas, objetivando a qualidade de vida.

Nesta intervenção, as comunicações verbal e não-verbal e a relação terapêutica

facilitaram que os clientes descortinassem como modificar as emoções, os pensamentos, as atitudes ou comportamentos considerados desadaptativos e contribuíssem para o equilíbrio interno. Paralelamente, possibilitou a abertura de canais comunicacionais e relacionais num ambiente contentor e seguro, além da expressão verbal, da elaboração psíquica, do estímulo ao pensamento, transformação interna e autonomia, o que vai de encontro à evidência (Moreno-Poyato, et al., 2017). Acredita-se pois que as atividades encetadas atuaram como veículo facilitador da expressão do não-verbalizável, almejando ter contribuído para a reestruturação da subjetividade, para o amenizar das negatividades que surgem com o adoecer mental (apatia, agressividade e isolamento social) e para a vivência dos medos, raiva e angústias num ambiente securizante. Os elementos participantes selecionaram como lema da intervenção a expressão «Pensar, Viver, Vencer», o que parece espelhar o impacto positivo que a mesma assumiu no grupo, enquanto espaço social de elaboração. O grupo foi, *per se*, um agente catalisador do desenvolvimento de recursos e habilidades latentes, pelo que se considera que contribuiu para a minimização do sofrimento psíquico conforme consta nos resultados da intervenção (*vide* Apêndice IV).

Ressalve-se que este grupo foi assumido como grupo de ensaio ou preparatório dado que da sua constituição emanaram ganhos e subsídios importantes que culminaram na elaboração de uma segunda intervenção de cariz socioterapêutico, desta vez em contexto oncológico.

2.6 Ensino Clínico III: Consulta Externa de Endocrinologia de Reabilitação

A terceira e última fase do estágio profissional decorreu de 04 de julho a 30 de setembro de 2015, num total de 102 horas de contacto, na Consulta Externa de Endocrinologia de Reabilitação (doravante designada por CEER) sediada no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E. (IPOLFG).

Da consulta do regulamento interno hospitalar, sobressai que se trata de um centro oncológico de referência para a prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia, cujo universo de intervenção abarca atividades do foro investigativo, formação, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, procurando assegurar cuidados que respondam às necessidades específicas de cada cliente. Num cômputo geral, o seu funcionamento desenvolve-se em torno do primado «o doente em primeiro lugar», no qual se sustenta uma cultura orientada para a prestação de cuidados de qualidade, personalizados e de excelência, com eficiência e em ambiente humanizado, alcançada mediante um esforço permanente de comunicação interdisciplinar, reflexão e melhoria contínua, objetivando a disponibilização de

serviços devidamente diferenciados em oncologia.

Como estrutura funcional, a CEER teve a sua génese em 1995, embora os seus primórdios recuem a 1989 com a investigação das endocrinopatias tardias manifestadas em clientes transplantados com sucesso. A constatação da existência de uma correlação negativa entre a presença daquelas e a qualidade de vida motivou o desenvolvimento da clínica dos sobreviventes e a abordagem do impacto das endocrinodisfunções e sequelas metabólicas secundárias ao cancro e seus tratamentos. A pretensão de preencher-se esta lacuna teoricamente reconhecida embora frequentemente negligenciada na prática, culminou na constituição da valência da reabilitação oncológica e, em concreto, da Consulta Multidisciplinar dos Sobreviventes Oncológicos. A singularidade do seu papel na forma indelével de cuidado fê-la tornar-se pioneira nos âmbitos nacional e europeu.

Presentemente, esta consulta está integrada na *Pan-European Network for Care of Survivors after Childhood and Adolescent Cancer*, vocaciona-se para o cuidado de sobreviventes de todo o espectro etário e possui protocolos específicos de atuação, devidamente acreditados. Nela estão atualmente inscritos mais de 2000 sobreviventes oncológicos cuja admissão pressupõe a proveniência de entidades referenciadoras externas ou da articulação com outros serviços do IPOLFG. Em matéria de delimitação geográfica de intervenção considera-se que a mesma coincide com a correspondente às jurisdições das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, à qual se acresce apoio similar às Regiões Autónomas dos Açores, Madeira e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ao abrigo de protocolos de cooperação. Deste facto, depreende-se, consequentemente, uma significativa afluência de clientes. *Vide* Apêndice II (tabela 7), a propósito do número de clientes consultados no ano de 2015.

De salientar que à data do estágio, a equipa multidisciplinar é constituída por três enfermeiros (um especialista e dois generalistas), cinco médicos especialistas em endocrinologia, seis internos de especialidade, um psiquiatra de ligação e três assistentes administrativos.

2.6.1 Relação de Ajuda como Intervenção Individual

Assumindo que no contexto profissional “o que está em causa numa situação de doença [imbuída de sofrimento], não é apenas, nem principalmente, um processo fisiopatológico, mas antes e sobretudo, uma experiência humana” (Lopes M. J., 2005, p. 221), a questão da Relação enquanto instrumento terapêutico ganha particular acuidade. Atendendo a que é função da enfermagem o “cuidar da totalidade da personalidade humana” (Watson, 2002, p.

54), importa que a ajuda ao *outro* objetive o ganho de harmonia e autonomia. Nesta relação individualizada pressupõe-se que o enfermeiro, não sendo gestor da doença, suporte o cliente na gestão da sua vida face à doença.

A implementação da seguinte intervenção individual decorreu da conjugação de um díptico de razões constituído pelas necessidades expressas de uma cliente oncológica e da reflexão da experiência profissional em oncologia. A cliente foi seleccionada tendo em consideração a sua capacidade reflexiva sobre o processo de doença que estava a ser vivenciado (surgimento recidiva recente) e o respetivo pedido de ajuda. Dadas as particularidades da situação, procurou assim estabelecer-se uma aliança terapêutica, capaz de viabilizar a realização de entrevistas de ajuda. Veja-se o Apêndice VI para conhecimento da situação de adversidade e estratégias delineadas.

▪ ENTREVISTAS DE AJUDA

Lembrando Mucchielli (1988) “a comunicação é uma troca de significações que não se reduz à informação, nem ao esquema emissão-receção. Ela implica uma intersubjectividade fundamental, relação viva e vivida entre as pessoas e uma reciprocidade” (cit. por Chalifour 2008, p. 30). Daqui sobressai a relevância do reconhecimento que a comunicação ultrapassa, amplamente, a troca de informações, implicando antes uma dimensão relacional multifacetada, isto é, uma influência recíproca.

Parafraseando Phaneuf (2005) a respeito da entrevista de ajuda e suporte psicológico, ela não visa a dificuldade por ela mesma, mas antes a maneira como a pessoa vive esta dificuldade. O facto de colocar o seu problema em palavras torna a pessoa mais activa em relação à própria situação, o que lhe permite ver melhor o que a faz sofrer, entrever soluções ou mudanças à sua medida e conhecer as forças que pode utilizar (p. 296).

Considerando os postulados de Phaneuf, e atendendo a que como afirma Jara (2002) “é necessário e mesmo fundamental (...) apreender o modo de sentir, pensar, sofrer, desejar e agir; atender às próprias experiências interiores do doente” (p. 105), a sensibilidade fenomenológica-existencial poderá ser entendida como abordagem interpessoal importante para a prestação dos cuidados e funções de ajuda ao preocupar-se com a forma como os indivíduos experienciam o seu mundo.

Originado pelas necessidades da cliente, este processo assumiu uma configuração transpessoal (por ter implicado duas pessoalidades) e “intra-subjetiva” (Lopes, 2010, p. 67) (isto é, entre duas realidades subjetivas). O seu vivido foi reexaminado em conjunto e apelou à mobilização e desenvolvimento de competências relacionais, entendidas como o fio

condutor de todo o processo de ajuda. Procurou perseguir-se a compreensão empática, favorecer a catarse e servir de agente da realidade ao ajudar a cliente a amplificar o conhecimento de si mesma (as suas forças e os seus limites).

Ganhos:

A relação estabelecida pautou-se pelo dinamismo (dada a necessidade ininterrupta de adaptação às necessidades da cliente) e, simultaneamente, pela complexidade (atendendo à imperiosidade de não perder-se o essencial do pedido de ajuda e da evolução desejada pela cliente). A par da mudança que se julga satisfatória para a cliente, a relação concorreu a transformação pessoal (pela ampliação da perspetiva da finitude e empoderamento nestas circunstâncias) e profissional (pelo intenso trabalho das estratégias terapêuticas). O recurso à supervisão clínica como suporte para o desenvolvimento da relação terapêutica afigurou-se vital, dado ter promovido o processo de autoconhecimento e induzido a reflexão nas falhas cometidas, como aliás a literatura sugere (Gardner, 2010) (Pereira & Rebelo Botelho, 2014).

Concluindo, enfatiza-se que a aprendizagem de conhecimentos e competências relacionais, tendo sido mediada por diferentes técnicas, fizeram da relação estabelecida com a cliente uma relação duplamente ajustativa (para o cliente e para o enfermeiro).

▪ INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

Zucca, Boyes, Lecathelinais, & Girgis (2010) sustentam que nos sobreviventes de cancro a presença de *coping* maladaptativo (onde estão patentes a desesperança e preocupação ansiosa) correlaciona-se com o reduzido apoio psicossocial, enquanto o espírito de luta coexiste com elevados níveis de apoio. Todavia, embora estes dados reforcem a imperiosidade da promoção e sustentação de fontes de suporte social, constata-se que “os apoios sociais ao doente oncológico e sua família são escassos” (Pires, 2015, p. 441).

Assumindo-se a convicção que a intervenção psicossocial em oncologia deve integrar ações preventivas e também promotoras de mudança a nível individual, procedeu-se à articulação com o Serviço Social do IPOLFG com intuito de se planear um programa de apoio à cliente L.B. A nível externo da organização, procurou agir-se no sentido de fortalecer as redes de apoio primária (familiar) e secundária (com o contacto com uma Associação não profissional). *Vide* Apêndice VI.

2.6.2 Estudo Empírico: Emocionalidade e Saúde Mental no contexto da Sobrevivência

Da evidência sobressai que a doença oncológica constitui um acontecimento promotor de elevada carga emotiva, concorrendo, com frequência para o aumento da morbilidade

psiquiátrica. Vejam-se os resultados de duas recentes meta-análises que apontam para prevalências de 32% de perturbações não psicóticas (designadamente perturbações de adaptação, de ansiedade e depressivas) em doentes oncológicos e 15-20% nos sobreviventes (Singer, et al., 2013). Assim, a abordagem do adoecer mental e suas conexões com a vivência da doença oncológica exigiu que se mergulhasse atenta, crítica e reflexivamente neste contexto. Collière (2001) preconiza que uma profissão consciente dos seus imperativos deve questionar-se, abrir-se à investigação e incorporar os resultados dela advindos. Tal é consistente com a imperiosidade atual de uma prática baseada na “melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p. 10). Atendendo a que é a evidência que alicerça a credibilidade da enfermagem enquanto profissão e ciência no contexto da saúde, urge que o enfermeiro responda a este desiderato.

Nesta continuidade e atendendo às múltiplas interrogações, preocupações e interesses suscitados no presente ensino clínico, o recurso à metodologia da revisão de literatura procurou satisfazer este requisito (Pearson, Wiechula, Court, & Lockwood, 2010). Atendendo a que o contributo da enfermagem nas áreas da sobrevivência e da psico-oncologia é escasso e perseguindo as competências de mestrado, propôs-se efetuar um trabalho investigativo relativo à emocionalidade e saúde mental do sobrevivente de cancro. *Vide* Apêndice VII.

Ficou patente que pouco mais de um terço dos sobreviventes exhibe *distress* significativo, motivo pelo que não deve ser desvalorizado mas encarado como um componente essencial nos cuidados a prestar. Este facto alerta para a inevitabilidade de os profissionais de saúde mental providenciarem uma rotina de *screening* do *distress* emocional no âmbito da sobrevivência, como aliás se preconiza na literatura e sucede internacionalmente (Zebrack, Santacroce, Patterson, & Gubin, 2016) (Zebrack, et al., 2016) (Zebrack, 2015) (Gianinazzi, et al., 2014) (Kaneko, et al., 2013) (Zebrack, 2000). Foram identificados como áreas mais impactantes nos sobreviventes: a emocional (sobressaindo a preocupação e o receio de recidiva), a física (com a menção da fadiga crónica) e a social (associada ao decréscimo financeiro).

Da articulação dos instrumentos aplicados sobressaiu que o *distress* emocional parece ser tanto maior quanto mais disruptivas as estratégias de *coping* e regulatórias e portanto, quanto menor for o ajustamento psíquico. Ficou documentado existir uma relação de interdependência entre o sofrimento emocional, a desregulação emocional e menores índices de saúde mental. Aliás, os dados vão ao encontro da evidência que anuncia a existência de uma correlação entre a dificuldade na gestão emocional e o risco acrescido de disfunção psíquica (Gross & Muñoz, 1995). De acordo com os autores da especialidade “as perturbações

da regulação das emoções estão no âmago da grande maioria das perturbações psicológicas” (Mikolajczak & Desseilles, 2014, p. 28).

É importante sublinhar que a variável que parece surgir como mais determinante do ajustamento (bem-estar e sofrimento) é a avaliação cognitiva dos sobreviventes sobre a sua situação (perceção de ameaça e capacidade para lidar com a mesma). Este facto alerta para a pertinência de se valorizarem as intervenções direcionadas para o apoio emocional a fim de que estas tenham visibilidade e sejam reconhecidas pelos clientes como ganhos em saúde, o que não parece verificar-se atualmente.

2.6.3 Intervenção Grupal

A evidência revela que ainda que um ligeiro défice ao nível da regulação emocional poderá conduzir a “um mal-estar pessoal e/ou relacional” (Mikolajczak & Desseilles, 2014, p. 534) que poderá ter expressão mais ou menos significativa na qualidade de vida. Num estado limite, um défice significativo poderá determinar “quase irremediavelmente (...) uma ou outra perturbação psíquica” (Mikolajczak & Desseilles, 2014, p. 534).

A presença do cancro como comorbilidade vem exacerbar a relevância da abordagem da emocionalidade (Kent, et al., 2012). Ressalve-se que a literatura sugere que “a expressão emocional (...) e a revelação por escrito estão associadas a questões de saúde positivas” (Mikolajczak & Desseilles, 2014, p. 427). No âmbito oncológico, encontra-se descrito que a partilha social das emoções concorre para uma menor angústia psicológica, uma melhoria dos sintomas depressivos e da satisfação com a vida (Cho, Park, & Blank, 2013) (Hoyt, 2009). A corroborar esta correlação, Mikolajczak & Desseilles (2014) salientam que “nos doentes oncológicos, a expressão emocional surge como um fator bastante consistente de saúde psíquica” (p. 427). Nesta sequência, preconiza-se que o tratamento ativo das emoções (referindo-se ao seu reconhecimento, exploração, compreensão e reinterpretação positiva) está associado a “melhor ajustamento emocional e adaptativo na doença (...), uma melhoria da resiliência, (...) a clarificação e a tentativa de concretização dos objetivos individuais, bem como a articulação da vivência com a história pessoal” (Mikolajczak & Desseilles, 2014, p. 431). Uma revisão de estudos empíricos indicia que intervenções deste pendor parecem “gerar melhorias significativas no humor, no *coping* e a nível funcional” (McIntyre, Fernandes, & Pereira, 2014, p. 260), o que justifica, por si só, um considerável otimismo acerca do futuro dos esforços no âmbito da saúde mental.

Atendendo à pertinência dos achados obtidos no estudo empírico anterior e ao facto do EEESMP ter o dever orientar a sua prática “para os resultados sensíveis aos cuidados de

enfermagem” incorporando “continuamente as novas descobertas da investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 2), procurou constituir-se um grupo fechado de cariz terapêutico. O convite para participação foi endereçado pessoalmente aos elementos previamente identificados com *distress*, com disfunção regulatória emocional ou que apresentaram sintomas psicopatológicos. À semelhança do que se encontra descrito na evidência (Torres, Pereira, & Monteiro, 2015), importa ter em consideração que o recrutamento de clientes oncológicos revelou-se difícil, tendo sido encontradas elevadas taxas de recusa (60%). Partindo da ideia que inúmeras pessoas resistentes à ideia de acompanhamento psicoterapêutico apresentam, todavia, disponibilidade em participar numa formação de curta duração (Torres, Pereira, & Monteiro, 2015), propôs-se implementar um Programa de Intervenção dirigido às necessidades previamente diagnosticadas. O enfoque na intervenção grupal de caráter breve residiu no baixo nível socioeconómico da população que recorre ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e as dificuldades de acesso aos serviços de oncologia, às quais acresce a sobrecarga das sequelas físico-emocionais decorrentes dos tratamentos instituídos (Dias & Durá, 2014).

Num cômputo geral, visando a promoção da saúde mental e literacia emocional procurou edificar-se a formação na aquisição das cinco competências emocionais (identificação, compreensão, utilização, expressão e regulação), objetivando a melhoria da capacidade de gestão das emoções (Mikolajczak & Desseilles, 2014) (Holland, et al., 2010).
Vide o Apêndice VI.

Ganhos:

Arrisca-se dizer que com a constituição do grupo criou-se uma atmosfera de intensidades emocionais, inicialmente ansiogénicas, depois de tranquilidade. No decurso da intervenção houve necessidade pessoal de despir a temporalidade marcada pelo relógio para ser possível penetrar-se nas temporalidades singulares de cada participante e auxiliar na desconstrução e ressignificação das vivências. O intuito *major* não foi o de propor algo mas, atendendo aos movimentos dos participantes dar forma, corpo e legitimidade àquilo que lhes permitiu envolver-se. Para tal, revelou-se fundamental, não somente o estabelecimento de uma aliança colaborativa entre terapeutas e participantes, como a criação de um ambiente contendor propiciador de um vínculo caloroso de confiança. Ambos viabilizaram o trabalho das emoções evitadas ou a ser alvo de regulação em profundidade. Em jeito de analepse, considera-se que para o desenvolvimento e manutenção da aliança terapêutica contribuíram a legitimação da vulnerabilidade das clientes, o reconhecimento do sofrimento emocional, a validação dos esforços de superação por elas encetados atendendo ao impacto da vivência da

doença oncológica. Os recursos consagrados ao tratamento de situações emocionais revelaram-se positivos, espelhado na total adesão terapêutica (*compliance*). Considera-se que para tal contribuiu o ambiente social apoiante e recetivo. A motivação dos participantes ficou espelhada no lema definido por eles definido no início da intervenção: «Vontade de Vencer». Decorrida a intervenção grupal, foram mencionados sentimentos de domínio acrescidos, o aumento do sentimento de eficácia pessoal na gestão das emoções, a reinterpretção da situação de doença e a aceitação das experiências emocionais com a sua inscrição na narrativa de vida pessoal, o que vai ao encontro da literatura da especialidade. Sobressai que as estratégias de regulação emocional devem ser consideradas do ponto de vista intra e interindividual. Somente com o estabelecimento do *follow-up* do grupo seria possível escrutinar sobre possíveis efeitos negativos do tratamento de situações emocionais, como a assunção de condutas de ruminação. Tal sublinha a pertinência de, futuramente, a abordagem da regulação emocional envolver uma mescla estratégias de regulação social e de autorregulação capazes de se autoalimentar e evoluir conforme as experiências individuais, características de grupo e aprendizagens.

2.7 Formação em Contexto Clínico

Lembrando Hesbeen (2004)

o estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida (...) é no estágio que estes podem descobrir o que significa prestar uma atenção particular ao outro através das «pequenas coisas» que constituem os cuidados de enfermagem (p. 136).

A respeito da premência da formação permanente no contexto do e para o exercício profissional, Alves (2003) salienta que este é “um processo de aprendizagem constante (...) [que tem por intuito] o desenvolvimento das capacidades personalizadas e funcionais para a cabal melhoria e eficiência do desempenho qualitativo” (p. 59). Sob este prisma e conforme preconiza Galhanas (1997), importa realçar a formação permanente numa dupla vertente: na aquisição de qualificações básicas e no desenvolvimento de competências de natureza técnica e socio-afetiva, numa perspetiva de crescimento e de diferenciação profissional e pessoal.

A fim de investir-se neste processo, assistiu-se às formações que constam no Apêndice VIII. A assistência revelou-se imprescindível para a atualização contínua de conhecimentos e corrobora a opinião de Varandas da Costa (2011) quando salienta que “é fundamental criar-se o compromisso com o conhecimento e com a competência” (p. 115). Nesta sequência, procurou desenvolver-se uma prática de cuidados alicerçada em conhecimentos renovados considerando que tal não somente contribui para a autonomia do exercício como sustenta a qualidade das intervenções e permite ir ao encontro da imprevisibilidade inerente ao cuidar.

3 REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA: ANÁLISE CRÍTICA

Ainda que os teus passos pareçam inúteis,
vai abrindo caminhos, como a água que desce cantando da montanha.

Outros te seguirão...

(Antoine de Saint-Exupéry)

Promover a Saúde Mental pressupõe a descentração da doença, o investimento na existência e a reflexão da subjetividade. Trata-se pois de desvelar os significados da experiência de adoecer, percecionar a vivência da perda mas também ocasião de obtenção de ganhos secundários. Tendo por objetivo *major* a readaptação psíquica, emocional, funcional e social, a intervenção passa por facilitar a integração do vivido, a fim de ser possível o restabelecimento das defesas e o agir ajustado.

Neste domínio, o EEESMP assume um papel crucial dado a urgência de investir-se nas potencialidades pessoais que exercem influência no bem-estar. Ao atuar holisticamente, o EEESMP contribui para o equilíbrio psicoemocional, para o empoderamento e para a autonomia. Este foi o compromisso assumido no decurso da prática clínica.

Em jeito de análise, pôde dar-se conta que a reflexividade foi uma das vertentes mais significativas dos estágios profissionais. O questionamento permanente (de si mesmo e das práticas), o confronto dos saberes e a necessidade de assumir uma postura crítica e aberta à mudança condicionaram, paulatinamente, a (des/re)construção de paradigmas. De facto, quando um profissional que se sente implicado em todas as ações, adquire consciência que estas poderão ter repercussões no seu desenvolvimento. Considera-se aliás que os ensinamentos clínicos/estágios desencadearam um processo de transformação da visão acerca da riqueza formativa ocultada nos momentos informais da prática ao terem exigido uma atualização permanente dos conhecimentos teóricos que os sustentam. Com efeito, potenciaram a harmonização destes dois pólos (teoria-prática) que, não se excluindo, complementam-se mediante uma visão integradora. Sublinha-se ainda que a importância da reflexão de problemas oriundos da prática estendeu-se à necessidade de analisar, meticulosa e incisivamente, as situações e procurar a compreensão global do sucedido. Muito laconicamente, é congruente concluir que o crescimento pessoal foi facilitado pelos jornais de aprendizagem e pelos momentos de interação supervivos que deles emanaram, pela aquisição de maior autoconsciencialização dos comportamentos e atitudes, pelo confronto com outras perspetivas e formas de pensar.

Complementarmente, e objetivando a excelência de cuidados, revisão de literatura veio

a consolidar-se como um processo promotor da aprendizagem profissional numa lógica de desenvolvimento constante, apropriação de novos saberes, o que conferiu suporte uma prática de excelência.

Atendendo a que a matriz interpessoal dos contextos psiquiátrico e oncológico assenta na expressividade emocional, interessou dirigir-se a atenção para as emoções associadas à vivência da doença. Nestes cenários, a procura de interpretação do seu significado alertou para a relevância da dimensão emocional da prestação de cuidados (Xavier, Nunes, & Lima Basto, 2014). Procurou cuidar-se atendendo aos princípios da abordagem compreensiva da integralidade do ser humano, designadamente, o seu processo de sofrimento, fatores contextuais, perturbação mental e implicações consequentes no potencial de recuperação e projeto de vida. Nestes cenários, o estabelecimento de relações de confiança e parceria (diádicas ou em grupo) pareceram potenciar o incremento do *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontro de vias alternativas de resolução. A relação de ajuda, enquanto intervenção autónoma, revelou-se pois um elemento decisivo e inquestionável por ter desempenhado um papel central na resposta às necessidades concretas de cada cliente, independentemente da sua situação/problema ou contexto onde ocorreu a ação.

Os acompanhamentos individuais requereram a implementação de planos de cuidados personalizados cuja consecução foi viabilizada pelos sistemas taxonómicos padronizados na definição de diagnósticos de enfermagem, no estabelecimento de atividades terapêuticas e na análise dos ganhos obtidos. Paralelamente, a monitorização da qualidade pressupôs a aplicação de instrumentos cientificamente validados como garantia de excelência.

No que concerne às práticas grupais desenvolvidas, acredita-se que concorreram para a reabilitação psicossocial dos clientes por via do vínculo e da corresponsabilização. De forma geral, através das atividades encetadas procurou entender-se a complexidade e subjetividade individuais e ir ao encontro do projeto terapêutico previamente delineado. Procuraram potenciar-se trocas dialógicas, a partilha afetiva, o alívio emocional e a perceção de redução do isolamento social conforme o descrito na literatura da especialidade. Pelo exposto acredita-se ter-se respondido à questão de partida.

A investigação em psico-oncologia revelou-se árdua, dadas as múltiplas possibilidades de trabalho, seja no *screening* ou a nível interventivo. A intenção de articular instrumentos distintos a fim de produzir novo conhecimento suscitou a necessidade de implicar outros intervenientes no tratamento dos dados obtidos para a satisfação do requisito de solidez do estudo.

Em suma, sobressai que o plano de trabalho patente neste relatório foi concebido e

organizado de forma a responder às necessidades dos clientes e, cumulativamente, aos objetivos pessoais autopropostos. Saliente-se que os objetivos específicos inicialmente elaborados aquando do projeto foram sofrendo reajustamentos pelo confronto com dificuldades sentidas nos contextos. Atividades que, embora *a priori* parecessem exequíveis, foram reestruturadas de forma a tornarem possível um percurso coerente, pertinente e adequado às reais necessidades de aprendizagem. Crê-se que este facto não foi sentido como um insucesso, impeditivo de um itinerário rico em experiências ou restritivo, tendo antes contribuído para um percurso de aceitação progressiva de perdas e aquisição de interioridade e maturidade, essenciais para um agir competente e especializado.

4 CONCLUSÃO INTEGRATIVA

A trajetória formativa anteriormente apresentada e escrutinada proporcionou o desenvolvimento de intervenções autónomas e interdependentes no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, de cariz psico e socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Nos distintos contextos, a supervisão pedagógica e colaborativa, revelou-se essencial à transformação dos conhecimentos e prática profissional pelo que se considera que conduziu a uma aprendizagem autorregulada. Neste percurso, os momentos de cuidado foram sendo impregnados de emoções, sentimentos e expressões, em grau diverso de intensidade e profundidade, a nível de autoconhecimento. Paralelamente, a progressiva valorização do conhecimento emocional, isto é, da capacidade de compreensão das emoções pessoais e do Outro e do seu impacto na cognição e comportamento, potenciou a clarificação e um maior entendimento do desempenho e viabilizou o agir centrado no cuidar integral.

Considerando que o território da psico-oncologia é de experiência humana intensa, tornou-se fundamental significar os cenários emocionais que sobressaem no contexto oncológico. De facto, cancro e caos são frequentemente percecionados como sinónimos, já que à desordem fisiológica, já por si suficiente dramática, se soma a emocional. A condição de fragilidade da existência passa a pautar a consciência, instalando-se a ambivalência entre a resignação e a revolta, a cedência e a resistência, a esperança e a entrega à fatalidade. No sobrevivente, o sofrimento inunda-o, assumindo expressões subjetivas potenciadas pela imprevisibilidade, incerteza e efeitos sobre o sentido da existência. Pelo exposto, a relevância do estudo da dimensão emocional surge suportada pelo aumento da prevalência da psicopatologia no sobrevivente oncológico e pelas implicações estratégicas no perfil de cuidados de saúde a disponibilizar.

Nesta continuidade, evoca-se o estudo empírico efetuado a cinquenta participantes em fase de remissão entre os meses de julho e setembro de 2015. Os resultados permitiram corroborar a imperiosidade da rotina de *screening* do *distress* em oncologia, ainda que cerca de dois terços dos respondentes tenham exibido respostas psicológicas consideradas naturais e adaptativas. Não obstante, ficou documentado que os efeitos colaterais dos tratamentos são impactantes na emocionalidade dado poderem conduzir a compromissos funcionais que se refletem numa qualidade de vida mais diminuída. De salientar ainda a correlação entre o sofrimento emocional, a desregulação emocional e menores índices de saúde mental, que aliás vai ao encontro da mais recente evidência científica. Esta relação causal permite antever a

necessidade de implementação de programas de intervenção de enfermagem diferenciados que contribuam para a promoção do ajustamento psicológico e prevenção de disfunções psíquicas. Todavia, merece especial destaque o facto de os participantes não reconhecerem ao enfermeiro o papel de facilitador do trabalho emocional, ainda que as suas competências neste domínio e as estratégias de suporte sejam teoricamente reconhecidas e assumidas como modulares na qualidade assistencial.

Importa assim que a regulação emocional seja alvo de investimento pelo enfermeiro de modo a que os clientes se apropriem das potencialidades não comprometidas pelo fenómeno do adoecer e a adquiriram um reportório de competências que favoreça a resiliência e a assunção da liderança no processo de doença e nos contextos onde se movem.

Intervir na regulação emocional pressupõe um processo intersubjetivo e de conhecimento epistémico pelo qual se revisita e empodera a pessoa a fim de tornar legível a vivência da doença crónica à luz das experiências fenomenológicas, trabalhar a sua integração e o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas. Este registo persegue as competências específicas de enfermeiro especialista como aliás se encontra preconizado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Cumulativamente, as intervenções de pendor socioterapêutico em grupos emocionalmente vulneráveis parecem ser um recurso cujo contributo, ainda que de difícil mensuração, é de aplicação benéfica na reaquisição de saúde mental por potenciarem a exploração de alternativas de pensar a doença e o seu impacto nos projetos individuais. As suas repercussões no bem-estar individual e coletivo introduzem-nas como uma mais-valia para a promoção dos ganhos em saúde.

Num cômputo geral importa pois atender-se ao desafio da reabilitação oncológica: “*not only to survive but to survive to a life*” (Johansen, 2007, p. 443), pelo que urge continuar a compreender-se de que modo se gere o impacto do cancro e as suas repercussões na qualidade de vida. Num modelo de vigilância partilhada, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria assume portanto um lugar de destaque por ser provido de formação específica capaz de restaurar o equilíbrio emocional e o autocuidado necessários à assunção de uma atitude proativa do cliente face à sua saúde.

Implicações para a disciplina

Foi possível o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação de vulnerabilidade emocional e para o qual contribuíram a mobilização de conhecimentos, a evidência científica consultada, o exercício guiado pelo referencial teórico

apresentado, as atividades encetadas e a capacidade de refletir na e sobre a ação. Pela consciencialização e respeito pela unicidade do cliente para lá da doença e do seu contexto vivencial, considera-se ter-se defendido uma abordagem compreensiva da sua integralidade, isto é, um cuidar humanístico.

Implicações para a investigação

É convicção pessoal que o trabalho desenvolvido tenha concorrido para a aquisição de competências de mestrado e, designadamente para uma maior responsabilidade profissional, ética e legal mediante a exigência de cumprimento dos princípios regulamentadores do exercício e do estudo investigativo. A respeito desde último, as suas conclusões traduzem a complexidade da investigação em psico-oncologia. O desafio consistirá em entender criticamente os dados obtidos e obter a certificação da sua validade a fim de poder afirmar-se que se produziu conhecimento para recursivamente, poder ser alvo de translação para a prática.

Implicações para a prática

Procuraram ser valorizadas as boas práticas baseadas na evidência, no que concerne à adoção de subsídios teóricos e intervenções previamente testadas, a par da sua monitorização por intermédio de instrumentos de mensuração validados. A influência positiva na melhoria dos cuidados no âmbito da problemática apresentada, é indicador de ganho profissional.

Perspetivas de Futuro

Considera-se que os benefícios encontrados justificam a futura replicação destes resultados em amostras mais alargadas, embora se sugira: a) a constituição de grupos de controlo e experimental e uma aleatorização dos sujeitos para obviar efeitos de autosseleção; b) a indagação dos benefícios psicossociais após períodos específicos de *follow-up* de modo a perceber-se o impacto sobre a funcionalidade; c) a inclusão da família em novas sessões.

Dos desafios para o futuro emerge a inevitabilidade da integração específica do EEESMP em equipas multidisciplinares dada a relevância do seu papel no *screening* do *distress* e a adoção de estratégias de ação multicêntricas pelo recurso à aplicação de protocolos de intervenção empiricamente validados, visando a promoção da saúde mental do sobrevivente oncológico.

Não há porque não apostar na prevenção da saúde mental. Se não vejamos: o que é a saúde mental senão uma perceção subjetiva de bem-estar, uma sensação de se estar e funcionar bem, o que não deverá afastar muito a noção de felicidade que todos procuram? Porventura, está na altura de se cuidar dos indivíduos, de se cuidar das comunidades, de se cuidar da saúde mental dos povos (Moreira & Melo, 2005, p. 192).

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, A., Hazen, E., & Penson, R. (2007). Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Reviews*. 33, pp. 622-630. DOI: 10.1016/j.ctrv.2006.12.006.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e desenvolvimento de Competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (3), pp. 373-378. Acedido em 04-03-2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- Albuquerque, E., & Cabral, A. S. (2015). *Psico-Oncologia - Temas Fundamentais*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Aldao, A., & Dixon-Gordon, K. (2014). Boadening the Scope of Research on Emotion Regulation Stratagies and Psychopathology. *Cognitive Behaviour Therapy*. 43 (1), pp. 22-33. DOI: 10.1080/16506073.2013.816769.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-Regulation statagies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 30 (2), pp. 217-237. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Alves de França, D. (2009). *Passeio da Tarde: um estudo sobre "o setting terapêutico ambulante" do Acompanhamento Terapêutico de grupo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília.
- Alves, J. L. (2003). Formação em Serviço: Como fazemos e o que queremos? *Revista Sinais Vitais*, (46), pp. 59-62.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Andrade de Carvalho, A., Mateus, P., & Xavier, M. (2016). *Portugal: Saúde Mental em Números - 2015. Programa Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- António dos Santos, M., Mishina-Gomes, F., Pillon, S., Zanetti, A., Souza, J., Míasso, A., & Peres, R. (2015). Produção científica sobre Acompanhamento Terapêutico (AT) na pós-graduação brasileira: revisão de literatura. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. 17 (2), pp. 64-77. Acedido em 26-10-2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n2p64-77>.
- Arman, M., & Rehnsfeld, A. (2003). The hidden suffering among brest cancer patients. *Qualitative Health Research*. 13 (4), pp. 510-527.
- Baker, P. (2004). *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing: in search of the*

- whole person* (2nd ed.). Cheltenham: Nelson Thornes, Ltd.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Baumeister, R. F., Zell, A. L., & Tice, D. M. (2007). How Emotions Facilitate and Impair Self-Regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 408-426). New York: Guilford.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuário de Psicologia*, 29 (4), pp. 5-17.
- Benetti, S. P., & Cunha, T. R. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60 (2), pp. 48-59. Acedido em 04-05-2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200007.
- Benito, E., Maté, M., & Pascual, A. (2011). Estratégias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. *Formación Médica Continuada*. 18 (7), pp. 392-400.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem* (2 ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of Experience - Related and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology and the Therapeutic Process*. Washington: American Psychological Association.
- Bolton, S. C. (2000). Who cares? Offering emotion work as a "gift" in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (3), pp. 580-586.
- Bordin, V., Schran, L. S., & Dias, T. A. (2014). Arteterapia em Saúde Mental. *6º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais - 2º Seminário de Direitos Humanos*. Paraná: Unioeste.
- Bravo, M. P., & Eisman, L. B. (1998). *Investigación Educativa* (3º ed.). Sevilla: Editorial Alfar.
- Brinkman, T., Zhu, L., Zeltzer, L., Recklitis, C., Kimberg, C., Zhang, N., . . . Krull, R. (2013). Longitudinal patterns of psychological distress in adult survivors of childhood cancer. *Brittish Journal of Cancer*. 109, pp. 1373-1381. DOI: 10.1038/bjc.2013.428.
- Bucho, J. L. (2009). Arte-Terapia: Criação e Transformação. In M. Ferraz (Org.), *Terapias Expressivas Integradas* (Vol. I, pp. 55-93). Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.
- Bultz, B., & Berman, N. (2010). Branding Distress - as the 6th Vital Sign: Policy Implications. In J. Holland (Eds.), *Psycho-Oncology* (2nd ed., pp. 663-665). Oxford:

University Press.

- Bultz, B., & Johansen, C. (2011). Screening for Distress, the 6th Vital Sign: where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology*. 20, pp. 569-571. DOI: 10.1002/pon.1986.
- Caeiro, M. J., & Diogo, P. M. (2014). Trabalho Emocional com Adolescentes em Situação de Doença e Hospitalização: Proposta de Algoritmo de Intervenção em Enfermagem. *Nursing*.
- Caetano, A. P. (2004). *A complexidade dos processos de formação e a midança dos professores: Um estudo comparativo entre situações de formação pela investigação-ação*. Porto: Porto Editora Lda.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Campos, J., Frankel, C., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*. 75 (2), pp. 377-394.
- Cassell, E. J. (1991). Recognizing suffering. *Hastings Center Report*. 21 (3), pp. 24-31.
- Catani, D., Bueno, B., Sousa, C., & Souza, M. (2000). *Docência, Memória e Gênero: estudos sobre a formação*. São Paulo: Escrituras.
- Cavro, É., Bungener, C., & Bioy, A. (2005). Le syndrome de Lazare: une problématique de la rémission. Réflexions autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*. 4 (2), pp. 74-79.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). (G. Toletti, & M. Vieira, Trans.) Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do francês L'Intervention Therapeutique - Les foudements existentiels-humistes de la relation d'aide, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière inc.).
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (G. Toletti & M. Vieira, Trans.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original francês L'Intervention Therapeutic - Les foundements existentiels-humanistes de la relation d'aide, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière, Inc.).
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de intervenção*. (G. Toletti & M.C. Vieira, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Traduzido do original francês L'Intervention Thérapeutique - Statégies d'intervention, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière Inc.).
- Cho, D., Park, C., & Blank, T. (2013). Emotional approach coping: gender differences on

- psychological adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psychology & Health*, 28 (8), pp. 874-894. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2012.762979>.
- Christensen, K., & Aldao, A. (2015). Tipping points for adaptation: Connecting emotion regulation, motivated behavior and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 3, pp. 70-74. DOI: 10.1016/j.copsyc.2014.12.015.
- Cohen, P., Crawford, T., Johnson, J., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 19 (5), pp. 466-486. DOI: 10.1521/pedi.2005.19.5.466.
- Coimbra de Matos, A. (1994). Estados-limite: Etiopatogenia, patologia e tratamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 12, pp. 132-153.
- Collière, M. F. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. (S. Severino, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (Tradução do original inglês Closing the gap: from evidence to action, 2012, Geneve: International Council of Nurses).
- Coqueiro, N. F., Vieira, F. R., & Freitas, M. M. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em Saúde Mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (6), pp. 859-862. Acedido em 11-06-2015. Disponível em www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/22.pdf.
- Costa, M., Mota, C., & Milheiro, C. (2013). Abordagem psicodinâmica em um estudo de caso sobre o transtorno de personalidade borderline. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15 (3), pp. 19-33. Acedido em 29-04-2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/02.pdf>.
- Costa, S. (2012). *Experiencia percibida del sufrimiento y sintomatología psicológica en mujeres con cáncer de mama*. Tese de Doutoramento em Psicologia não publicada, Faculdade de Psicologia da Universidade de Salamanca, Salamanca.
- Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., Dobos, G., & Paul, A. (2013). Characteristics of patients with internal diseases who use relaxations techniques as a coping strategy. *Complementary Therapies in Medicine*, 21 (5), pp. 481-486. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2013.08.001>.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2011). *E o Cérebro criou o Homem*. (L. Motta, Trad.) São Paulo: Companhia das Letras.
- Dias, M. R., & Durá, E. (2014). *Territórios da Psicologia Oncológica* (Vol. I e II). Lisboa:

Climepsi Editores.

- Diogo, P. M. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro - Uma perspectiva da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau - Formação em Saúde, Lda.
- Diogo, P. M. (2012). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Direção Geral do Ensino Superior. (2000). *Descritores de Dublin, de processos de Bolonha - objectivos e linhas de acção*.
- Dziopa, F., & Ahern, K. (2009). Three Different Ways Mental Health Nurses Develop Quality Therapeutic Relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, pp. 14-22. DOI: 10.1080/01612840802500691.
- Egan, J. (2005). Dropout and related factors in therapy. *The Irish Psychologist*, 32 (2), pp. 27-30.
- Eizirik, C. L., Aguiar, R. W., & Schestatsky, S. S. (2015). *Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2014). *Regulamento de Mestrados*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Espadinha, A., & Pinto, C. (2014). Sobreviventes de Cancro. In M. R. Dias, & E. Durá (Coords.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 239-263). Lisboa: Climepsi.
- Ferrari, S. (2012). Saúde mental: acompanhamentos terapêuticos, reabilitação psicossocial e clínica. *Revista CETO*, 13, pp. 9-13. Acedido em 12-05-2015. Disponível em <http://www.ceto.pro.br/revistas/13/revista13.pdf>.
- Ferreira, F., & Florido, P. (2011). Situações de agitação e violência: realidade numa unidade de doentes agudos. *Psílogos*, 9 (1), pp. 28-34. .
- Ferrell, B., & Coyle, N. (2008). The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. *Oncology Nursing Forum*. 35 (2), pp. 241-247. DOI: 10.1188/08.ONF.241-247.
- Fetter, I. C. (2000). Contrato Terapêutico: sua importância e vicissitudes. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 2 (3), pp. 301-306. Acedido em 06-05-2015. Disponível em <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/es/psi-16972>.
- Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *The Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*. 1, pp. 5-7.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. (Tradução do original em francês Le Processus de la Recherche: de la conception à la réalisation, 1996, Montréal: Décarie Éditeur Inc.).

- Galhanas, C. M. (1997). Da Qualificação à Produção de Competências em Enfermagem: a importância da Formação em Serviço. *Revista Pensar Enfermagem*, 1, pp. 5-9.
- Gama, C. A., Campos, R. T., & Ferrer, A. L. (2014). Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, pp. 69-84. Acedido a 02-04-2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>.
- Gameiro, M. H. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ganz, P. A. (2011). Q&A: The "three Ps" of cancer survivorship care. *BMC Medicine*, 9 (14), pp. 1-3. DOI: 10.1186/1741-7015-9-14.
- Gardner, A. (2010). Therapeutic friendliness and the development of therapeutic leverage by mental health nurses in community rehabilitation settings. *Contemporary Nurse*, 34 (2), pp. 140-148. DOI: 10.5172/conu.2010.34.2.140.
- Gastaud, M., & Nunes, M. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia analítica: em busca da definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), pp. 247-254. Acedido em 09-05-2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a12v59n3.pdf>.
- Gianinazzi, M., Ruegg, C., Von der Weid, N., Niggli, F., Kuehni, C., & Michel, G. (2014). Mental health-care utilization in survivors of childhood cancer and siblings: the Swiss childhood cancer survivor study. *Support Care Cancer*, 22 (2), pp. 339-349. DOI: 10.1007/s00520-013-1976-3.
- Greenberg, L. (2004). *Emotion-Focused Therapy*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), pp. 271-299.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology Science and Practice*, 2 (2), pp. 151-164. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x.
- Gross, J., Richards, J., & John, O. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes, *Emotion Regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). Washington D. C. : American Psychological Association.
- Guerra, C., Von Doellinger, O., & Coelho, R. (2014). Personalidade Borderline: Dos Limites do Self aos Limites do Corpo. *Psílogos*. Vol.12 (1), pp. 72-79.
- Gullone, E., & Taffe, J. (2012). The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological assessment*, 24

- (2), pp. 409-417. DOI: 10.1037/a0025777.
- Gunderson, J. G. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide (2nd ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, pp. 1-9. DOI <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.132.1.1>.
- Hage, S., Van Meijel, B., Flutters, F., & Berder, G. (2009). Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: what are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, pp. 661-669. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01454.x.
- Harrison, P., Geddes, J., & Sharpe, M. (2006). *Psiquiatria - Guia Prático de Medicina*. (F. Fonseca, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. Berkeley: University of California Press.
- Holland, J. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64 (2), pp. 206-221.
- Holland, J., & Reznik, I. (2005). Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer Supplement*, 104 (11), pp. 2624-2637.
- Holland, J., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M., & McCorkle, R. (2010). *Psycho-Oncology*. (2nd ed.). Oxford: University Press.
- Howell, D., & Olsen, K. (2011). Distress - The 6th Vital Sign. *Current Oncology*, 18 (5), pp. 208-210.
- Hoyt, M. (2009). Gender role conflict and emotional approach coping in men with cancer. *Psychology & Health*, 24 (8), pp. 981-996. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08870440802311330>.
- Hudson, M. (2005). A model for care across the cancer continuum. *Cancer Supplement*, 104 (11), pp. 2638-2642.
- Institute of Medicine, & National Research Council. (2005). *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*. Washington D.C: National Academies Press.
- Jara, J. (2002). *Razão reencontrada: Psiquiatria sem estigma*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice: Foundations in nursing and health care*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Johansen, C. (2007). Rehabilitation of Cancer Patients - research perspectives. *Acta Oncologica*, 46 (4), pp. 441-445. DOI: 10.1080/02841860701316057.

- John, O., & Gross, J. (2007). Individual differences in emotion regulation. In J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (pp. 351-372). New York: The Guilford Press.
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Porto Alegre: Artmed (Tradução do original do inglês Nursing outcomes classification, 2000, New York: Mosby Inc.).
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Jung, C. G. (2005). *O Homem e seus Símbolos* (15ª ed.). (M. L. Pinho, Trad.) Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Kaneko, M., Ryu, S., Nishida, H., Shimodaira, Y., Nishimura, K., & Kume, M. (2013). Nurses' recognition of the mental state of cancer patients and their own stress management - a study of Japanese cancer-care nurses. *Psycho-Oncology*, 22, pp. 1624-1629. DOI: 10.1002/pon.3191.
- Katzow, A. W., & Safran, J. D. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. In P. Gilbert, & R. Leahy (Edits.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychoterapies* (pp. 90-105). New York: Routledge.
- Kent, E., Arora, N., Rowland, J., Bellizzi, K., Forsythe, L., Hamilton, A., . . . Aziz, N. (2012). Health information needs and health-related quality of life in a diverse population of a long-term cancer survivors. *Patient Education and Counseling*, 89 (2), pp. 345-352. DOI: 10.106/j.pec.2012.08.014.
- Kernberg, O. (1986). Borderline personality organization. In M. H. Stone (Ed.), *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. New York: New York University Press.
- Li, W., Chan, S., Chung, O., & Chui, M. (2010). Relationships among mental health, self-esteem and physical health in Chinese adolescents: an exploratory study. *Journal of Health Psychology*. 15 (1), pp. 96-106. DOI: 10.1177/1359105309342601.
- Li, W., Lopez, V., Chung, J., Ho, K., & Chiu, S. (2013). The impact of cancer on the physical, psychological and social well-being of childhood cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*. 17, pp. 214-219. DOI: 10.1016/j.ejon.2012.07.010.
- Lima, M., & Albuquerque, I. (2006). Personalidade na idade adulta: O contributo dos projectos pessoais. *Psicologia, educação e cultura*. 10 (2), pp. 245-266.
- Liu, J., Lewis, G., & Evans, L. (2013). Understanding aggressive behaviour across the lifespan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, pp. 156-168. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2012.01902.x.

- Lopes. (2010). O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento - Artigo de Investigação. *Revista Toxicodependências*, 16 (1), pp. 65-77. Acedido a 22-06-2015. Disponível em http://www.sicad.min-saude.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/494/Text6Vol16_n1E.pdf.
- Lopes, M. J. (2005). Os clientes e os enfermeiros: Construção de uma Relação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (2), pp. 220-228. Acedido a 30-03-2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf>.
- Machado, T. S., & Reverendo, I. M. (2013). Regulação das emoções e satisfação com a vida em adolescentes: estudo de adaptação e validação da versão portuguesa do ERICA. In A. Pereira, M. Calheiros, & et al. (Org.), *Livro de Atas VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 13-20). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Marinho, D. M. (2009). *Acompanhamento Terapêutico: Caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. (Dissertação de Mestrado não publicada), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Marron, E. M. (2004). *Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indefesión aprendida*. Tese de Doutoramento, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Madrid.
- Martins, L. (2004). A natureza histórico-social da personalidade. *Educação & Sociedade*, 24 (2), pp. 82-99.
- Martins, M. C. (2011). *Aliviando o Sofrimento: O Processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida*. Tese de Doutoornamento em Enfermagem não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- McAdams, D., & Olson, B. (2010). Personality Development: Continuity and Change over the Life Course. *Annual Review of Psychology*, 61, pp. 517-542. DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100507.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (3ª ed.). (R. Garcez, Trad.) Porto Alegre: Artmed (Tradução do original do inglês Nursing interventions classification NIC, 2000, New York: Mosby Inc.).
- McIntyre, T. M. (1995). Abordagens psicológicas do sofrimento no doente. In T. M. McIntyre, & C. Vila-Chã (Orgs.), *O sofrimento no doente: leituras multidisciplinares* (pp. 17-30). Braga: APPORT.
- McIntyre, T. M. (2004). Perda e sofrimento na doença: contributo da psicologia da saúde. *Psychologica*, 35, pp. 167-179.

- McIntyre, T., Fernandes, S., & Pereira, M. G. (2014). Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In M. R. Dias, & E. Durá, *Territórios da Psicologia Oncológica* (2ª ed., pp. 255-276). Lisboa: Climepsi Editores.
- McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook*. Oakland: New Harbinger Publications.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico. Compreender a estrutura da personalidade no processo clínico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Meijer, A., Roseman, M., Delisle, V., Milette, K., Levis, B., Syamchandra, A., . . . Thombs, B. (2013). Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 75 (1), pp. 1-17. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.01.012.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: a guide to a best practice*. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Menezes, M., Moré, C., & Barros, L. (2008). Psicologia Pediátrica e seus desafios actuais na formação, pesquisa e intervenção. *Análise Psicológica*. 21 (2), pp. 227-238.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar. O corpo, âmago da interação prestador de cuidados - doente*. Loures: Lusociência.
- Mikolajczak, M., & Desseilles, M. (2014). *Tratado da Regulação das Emoções*. (L. Teopisto, Trad.) Lisboa: Edições Piaget. (Tradução do original do francês *Traité de Régulation des Émotions*, 2012, Bruxelles: Groupe de Boeck, S.A.).
- Mitchell, A. J., Lord, K., Slattery, J., Granger, L., & Symonds, P. (2012). How feasible is implementation of distress screening by cancer clinicians in routine clinical care? *Cancer*. 118 (24), pp. 6260-6269. DOI: 10.1002/cncr.27648.
- Moilanen, K. L., & Rambo-Hernandez, K. E. (2015). Effects of Maternal Parenting and Mother-Child Relationship Quality on Short-Term Longitudinal Change in Self-Regulation in Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 35 (1), pp. 1-24. DOI: 10.1177/0272431615617293.
- Moneta, I., & Rousseau, C. (2008). Emotional expression and regulation in a school-based drama workshop for immigrant adolescents with behavioral and learning difficulties. *The Arts in Psychotherapy*, 35, pp. 329-340. DOI: 10.1016/j.aip.2008.07.001.
- Monteiro, F., Pereira, A., & Cuve, H. (2017). Défices de reconhecimento emocional em populações clínicas e a sua reabilitação: uma revisão preliminar. *Cuadernos de Neuropsicología*, 11 (1), pp. 117-140. DOI: 10.7714/CNPS/11.1.206.

- Moreira, P., & Melo, A. (2005). "Prevenção" - metáfora desejada ou realidade escondida? In P. Moreira, & A. Melo, *Saúde Mental: do tratamento à prevenção* (pp. 175-193). Porto: Porto Editora.
- Moreno-Poyato, A., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J., Aceña-Dominguez, R., Carreras-Salvador, R., . . . Montesó-Curto, P. (2017). Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol. *BMC Nursing*, 16 (1), pp. 1-7. DOI: 10.1186/s12912-016-0197-8.
- Morse, J. M. (1995). Strategies of enduring and the suffering of loss: modes of confort used by a resilience survivor. *Holistic Nursing Practice*. 9 (3), pp. 38-52.
- Morse, J. M. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advance Nursing Science*. 24 (1), pp. 47-59.
- Morse, J. M., & Carter, B. (1996). The essence of enduring and expressions of suffering: the reformulation of self. *Scholarly Inquiry Nursing Practice*. 10 (1), pp. 43-60.
- Morse, J., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (2006). Beyond empathy: expanding expressions of caring (re-edition of 1992). *Journal of Advanced Nursing*. 53 (1), pp. 75-90.
- Moura, M. J. (2004). *Para uma compreensão das estratégias de coping utilizadas por crianças com cancro e respectivas mães*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Muniz, R., Zago, M., & Schwartz, E. (2009). As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 18 (1), pp. 25-32. Disponibilidade <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100003>.
- National Comprehensive Cancer Network. (2016). NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. *Distress Management - Verson 2.2016*. Fort Washington: NCCN, Inc.
- Nave, A. C., & Moura, M. J. (2015). Ciclo de Vida, Personalidade e Coping. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral (Coords.), *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 35-42). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Neumann, A., van Lier, P., Gratz, K., & Koot, H. (2010). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation Difficulties in Adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Sage*, 17 (1), pp. 138-149. DOI: 10.1177/1073191109349579.
- Nogueira, S. (2006). *Aconselhamento Psicológico como Experiência de Crescimento em Direcção à Maturidade: uma proposta de clarificação do desafio de Carl Rogers*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

- Oancea, S., Brinkman, T., Ness, K., Krull, K., Smith, W., Srivastava, D., . . . Gurney, J. (2014). Emotional distress among adult survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 8 (2), pp. 293-303. DOI: 10.1007/s11764-013-0336-0.
- Oatley, K., & Jenkins, J. (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Oliveira Lopes, J. M. (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso: A experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *CIPE Versão 2011 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Traduzido do original em inglês ICPN - International Classification for Nursing Practice, 2013, Genebra: ICN).
- Pearsall, R., Smith, D., Pelosi, A., & Geddes, J. (2014). Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14 (117), pp. 1-17. DOI: 10.1186/1471-244X-14-117.
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Referência - Revista de Enfermagem*, II (12), pp. 123-133. Acedido em 05-01-2017. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959006>.
- Pereira, C. R. (2008). *Inventando Caminhos, criando histórias: O Acompanhamento Terapêutico no contexto da Saúde Mental*. (Trabalho de conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental), UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas Departamento de Medicina Preventiva, Campinas.

- Pereira, P., & Rebelo Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática de Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), pp. 61-73. Acedido a 02-05-2015. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_61_73.pdf.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20 (1), pp. 1-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>.
- Petty, L., & Lester, J. (2014). Distress Screening in Chronic Disease: Essential for Cancer Survivors. *Journal of Advanced Practitioner in Oncology*. 5 (2), pp. 107-114. Disponível em PMC4093508.
- Phaneuf, M. (1995). Relação de Ajuda - elemento de competência da enfermeira. 1º Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro & R. Salgueiro, Trans.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda. (Traduzido do original em francês Communication, entretien, relation d'aide et validation, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière, Inc.).
- Phillips, F., & Jones, B. (2014). Understanding the lived experience of latino adolescent and young cancer survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship*. 8, pp. 39-48. DOI: 10.1007/s11764-013-0310-x.
- Pinto, C. (2007). *Jovens e Adultos Sobreviventes de Cancro: variáveis psicossociais associadas à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Pio Abreu, J. L. (2011). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pires, M. (2015). Necessidades e Apoios Sociais em Oncologia. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 437-442). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Prouty, D., Ward-Smith, P., & Hutto, C. (2006). The lived experience of adult survivors of childhood cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 23 (3), pp. 143-151.
- Rawl, S., Given, B., Given, C., Champion, V., Kozachik, S., Barton, D., . . . Williams, S. (2002). Intervention to improve psychological functioning for newly diagnosed patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 29 (6), pp. 967-975. DOI: 10.1188/02.ONF.967-975.

- Rebelo, S., & Carvalho, J. C. (2014). Ansiedade : Intervenções de Enfermagem. *Presencia - Revista de Enfermeria de Salud Mental*, 10 (20), pp. 1-7. Disponível em <http://www.index-f.com/presencia/n20/p10060r.php>. Acedido em 02 de fevereiro de 2017.
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, Regulamento nº 356/2015 (Diário da República, 2ª série, nº 122, 25 de junho de 2015).
- Reverendo, I. (2011). *Regulação Emocional, Satisfação com a vida & Percepção da Aceitação-Rejeição Parental*. Dissertação de Mestrado não publicada , Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Ribeiro, L. (2010). Limitações na Avaliação da Perturbação de Personalidade: Aspectos conceptuais e metodológicos. *Análise Psicológica*. 4 (XXVIII), pp. 651-663.
- Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17, pp. 72-82. DOI 10.1016/j.avb.2011.09.006.
- Rocha, A. (2008). *Relação de Ajuda no Ensino de Enfermagem*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Aveiro.
- Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se Pessoa*. (M. Ferreira , Trad.). (7ª ed.). Lisboa: Moraes Editores. (Traduzido do original inglês On Becoming a Person, 1961, s.l:s.n).
- Rueegg, C., Gianinazzi, M., Rischewski, J., Popovic, M., Von der Weid, N., Michel, G., & Kuehni, C. (2013). Health- related quality of life in survivors of childhood cancer: the role of chronic health problems. *Journal of Cancer Survivorship*, 7 (4), pp. 511-522. DOI: 10.1007/s11764-013-0288-4.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15, pp. 2-37.
- Santos, E. M. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico - Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Didática, Universidade de Aveiro, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, Aveiro.
- Saramago, P. (2008). *O sentir e o agir do psicoterapeuta: Impactos da Regulação Emocional na Atitude Terapêutica*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. In S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry* (pp. 398-416). New York: Basic Books.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia um nuevo diseño de la aprendizaje en las profissõeses*. Barcelona: Centro de Publicaciones del Menisterio de

Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica.

- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Serra, A. V. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Edição do Autor.
- Shattel, M., Starr, S., & Thomas, S. (2007). 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience oh the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*. 16 (4), pp. 274-284. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x.
- Shepherd, E., & Woodgate, R. (2010). Cancer survivorship in children and young adults: A concept analysis. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 27 (2), pp. 109-118. DOI: 10.1177/1043454209349807.
- Silk, J., Steinberg, L., & Morris, A. (2003). Adolescents emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*. 74 (6), pp. 1869-1880.
- Silva, A. S. (2014). *Patologia Borderline: Representações Relacionais e Vulnerabilidades do Self*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível no RCAAP.
- Singer, S., Szalai, C., Briest, S., Brown, A., Dietz, A., Einkenkel, J., . . . Riedel-Heller, S. (2013). Co-morbid mental health conditions in cancer patients at working age - prevalence, risk profiles, and care uptake. *Psycho-Oncology*, 22, pp. 2291-2297. DOI: 10.1002/pon.3282.
- Smith, A., Armes, J., Richardson, A., & Stark, D. (2013). Psychological distress in cancer survivors: the further development of an item bank. *Psycho-Oncology*. 22, pp. 308-314. DOI: 10.1002/pon.2090.
- Solana, C. A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*. 28 (3), pp. 151-163.
- Soure, F. (2011). Perturbação Borderline da Personalidade - Vinculação e Trauma. *Partilhas Clínicas: Reflexões sobre e para a prática clínica* (pp. 2-5). Lisboa: Oficina de Psicologia.
- Sroufe, A. (1995). *Emotional Development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, A. (1995). *Emotional Development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Streffgen, G., & Gollwitzer, M. (2007). *Emotions and Aggressive Behavior*. Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.

- Strongman, K. (2004). *Psicologia da emoção* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of a Midle-Range Theory of Caring. *Nursing Research*. 3 (40), pp. 161-166.
- Szabo, S., Tache, Y., & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor of Nature. *Stress*. 15 (5), pp. 472-478. DOI: 10.3109/10253890.2012.710919.
- Teixeira, J. (2006). Introdução à Psicoterapia Existencial. *Análise Psicológica*. 24 (3), pp. 289-309.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). (A. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). (A. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Torres, A., Pereira, A., & Monteiro, S. (2015). Grupos de Intervenção Terapêuticos e Psicoeducativos. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 361-369). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Tower, D. O. (2000). *Trans-Survivorship: the cancer survivor's journey from trauma to transformation*. Tese de Doutoramento em Filosofia nos Sistemas e Organizações Humanas, Fielding Graduate University, Santa Barbara.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência. (Tradução do original em inglês Psychiatric Mental Health Nursing - Concepts of Care in Evidence-Based Practice, 2009, Pennsylvania: F. A. Davis Company).
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Trull, T., Stepp, S., & Solhan, M. (2006). Borderline personality disorder. In F. Andrasik, *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology - Adult psychopathology*. Vol. 2 (pp. 299-315). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Vachon, M. L. (2006). Psychosocial distress and coping after cancer treatment. *American Journal of Nursing*. 106 (3), pp. 26-31.
- Varandas da Costa, M. L. (2011). *Mais Saber, Melhor Enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Tese de Doutoramento em Educação,

- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Instituto de Educação, Lisboa.
- Vatne, S., & Hoem, E. (2008). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (6), pp. 690-698. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04565.x.
- Watson. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Watson, M., & Bultz, B. (2010). Distress, the 6th vital sign in cancer care - Caring for patient's emotional needs: what does this mean and what helps? *Psycho-Oncology*, 4 (3), pp. 159-163. DOI: 10.1007/s11839-010-0269-z.
- Wolberg, A. R. (1973). *The borderline patient*. New York: Intercontinental Medical Book Corporation.
- Wolitzky, D. L. (2006). Psychodynamic Theories. In J. C. Thomas, & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology*. (Vol.1) (pp. 65-95). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Wright, L. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Xavier, S., Nunes, L., & Lima Basto, M. (2014). Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do constructo. *Pensar Enfermagem*, 18 (2), pp. 3-19. Acedido em 17-11-2015. Disponível em pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_3_19.pdf.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (2ª ed.). (D. Grassi, Trad.) Porto Alegre: Bookman.
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J., Bradford Reich, D., & Silk, K. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 2108-2114. Acedido em 29-04-2015. Disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>.
- Zebrack, B. (2000). Cancer Survivor Identity and Quality of Life. *Cancer Practice*, 8 (5), pp. 238-242. DOI: 10.1046/j.1523-5394.2000.85004.x.
- Zebrack, B. (2015). A Patient-Centered Perspective on Cancer Survivorship. *Journal of Personalized Medicine*, 5 (2), pp. 91-95. DOI: 10.3390/jpm5020091.
- Zebrack, B., & Landier, W. (2011). The perceived impact of cancer on quality of life for post-treatment survivors of childhood cancer. *Quality of Life Research*. 20 (10), pp. 1595-

1608. DOI: 10.1007/s11136-011-9893-8.

Zebrack, B., Burg, M., & Vaitones, V. (2012). Distress Screening: An Opportunity for Enhancing Quality Cancer Care and Promoting the Oncology Social Work Profession. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30, pp. 615-624. DOI: 10.1080/07347332.2012.721485.

Zebrack, B., Kayser, K., Padgett, L., Sundstrom, L., Jobin, C., Nelson, K., & Fineberg, I. (15 de June de 2016). Institutional Capacity to provide Psychosocial Oncology Support Services: a report from the Association of Oncology Social Work. *Cancer*, 122 (12), pp. 1937-1945. DOI: 10.1002/cncr.30016.

Zebrack, B., Kent, E., Keegan, T., Kato, I., & Smith, A. (2014). "Cancer Sucks" and Other Pondering by Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32, pp. 1-15. DOI: 10.1080/07347332.2013.855959.

Zebrack, B., Santacroce, S., Patterson, P., & Gubin, A. (2016). Adolescents and Young Adults with Cancer: A Biopsychosocial Approach. In A. Abrams, A. Muriel, & L. Wiener (Edits.), *Pediatric Psychosocial Oncology: Textbook for Multidisciplinary Care* (pp. 199-215). Gewerbestrasse: Springer International Publishing Switzerland. DOI: 10.1007/978-3-319-21374-3_12.

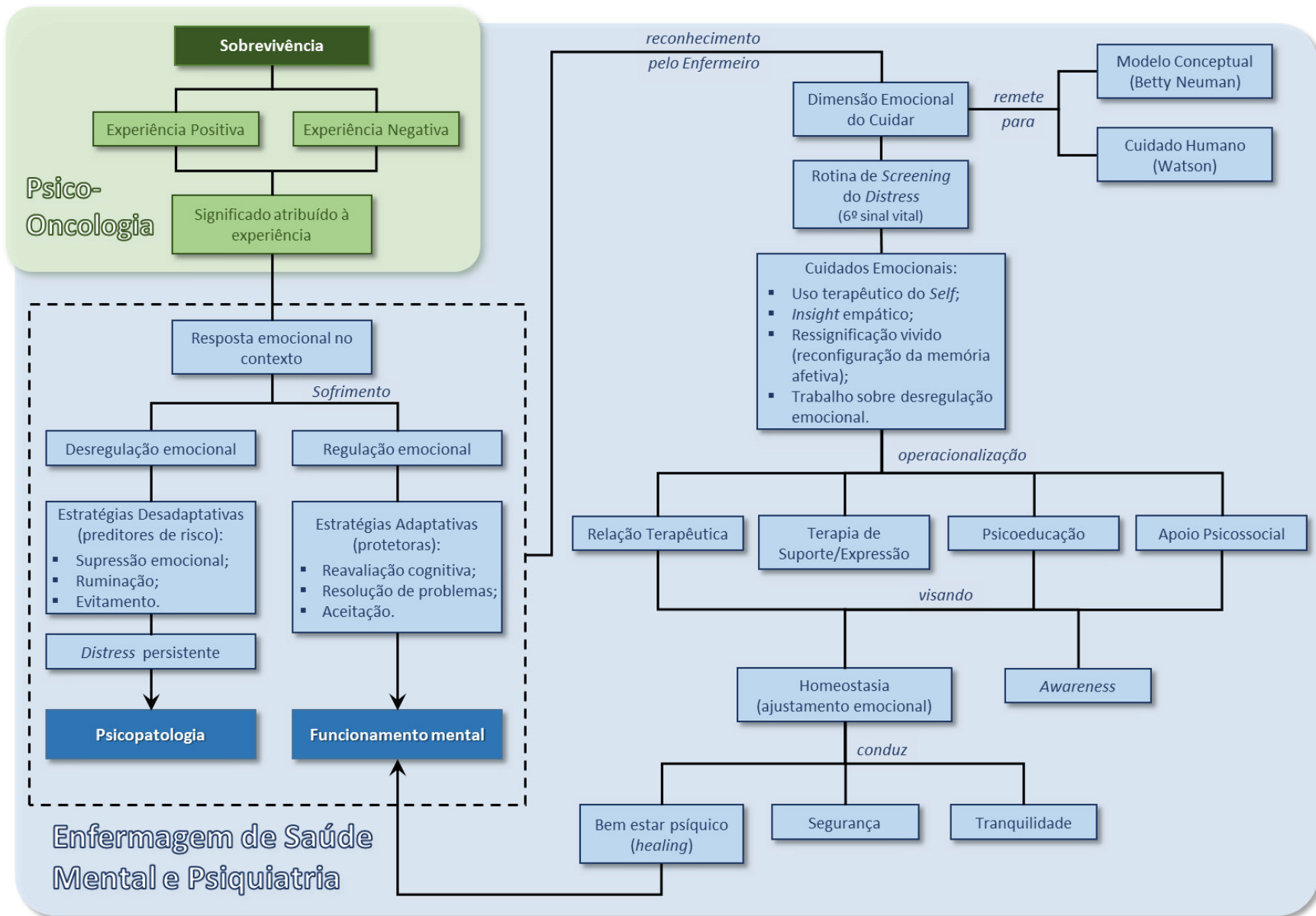
Zeltzer, L., Lu, Q., Leisenring, W., Tsao, J., Recklitis, C., Armstrong, G., . . . Ness, K. (2008). Psychosocial outcomes and health-related quality of life in adult childhood cancer survivors: a report from the childhood cancer survivor study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 17 (2), pp. 435-446. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-07-2541.

Zucca, A., Boyes, A., Lecathelinais, C., & Girgis, A. (2010). Life is precious and I'm making the best of it: Coping Strategies of long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19 (12), pp. 1268-1276. DOI: 10.1002/pon.1686.

APÊNDICES

APÊNDICE I

MAPA CONCEPTUAL



APÊNDICE II

CARACTERIZAÇÃO DAS POPULAÇÕES

1 INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA

1.1 Grupo A

Tabela 1. Caracterização da população do Grupo A no período de estágio

Clientes	Sexo	Idade	Estado civil	Habilitações Literárias	Diagnóstico Médico
C.C.	F	56	C	B	Perturbação Neurocognitiva - Défice Cognitivo
E.B.	M	47	S	B	Esquizofrenia Paranóide
H.F.	F	64	S	B	Perturbação Neurocognitiva - Demência
H.M.	F	35	S	L	Esquizofrenia Paranóide
M.F.	F	61	V	B	Perturbação Depressiva <i>Major</i>
M.S.	M	32	S	S	Perturbação Dismorfofóbica
R.P.	M	45	S	L	Perturbação Bipolar I
R.S.	M	36	S	L	Perturbação Psicótica Breve e Perturbação de Personalidade <i>Borderline</i>
N.B.	M	68	S	B	Perturbação Delirante
A.C.	M	38	S	B	Esquizofrenia Paranóide
R.B.	M	44	S	B	Perturbação Bipolar I
R.A.	M	34	S	L	Episódio Depressivo
A.M.	F	52	V	S	Perturbação de Personalidade <i>Borderline</i> e Episódio Depressivo
J.A.	M	35	S	B	Esquizofrenia Paranóide e Comportamento Disruptivo

Legenda:

Sexo:

F Feminino
M Masculino

Estado Civil:

C Casado
D Divorciado
S Solteiro
V Viúvo

Habilitações Literárias:

B Básico
S Secundário
L Ensino Superior (Licenciatura)

Tabela 2. Sistematização da caracterização do Grupo A

Caracterização da Amostra	n (% relativo)
Amostra Total	14 (100%)
<i>Sexo</i>	
Feminino	5 (36%)
Masculino	9 (64%)
<i>Idade**</i>	
Jovem Adulto	0 (0%)
Adulto	8 (53%)
Adulto Maduro	6 (40%)
Idoso	1 (7%)
<i>Estado Civil</i>	
Casado(a)	1 (7%)
Solteiro(a)	11 (73%)
Viúvo	2 (13%)
Divorciado(a)	0 (0%)
<i>Escolaridade</i>	
Ensino Básico	8 (53%)
Ensino Secundário	2 (13%)
Ensino Superior (Licenciatura)	4 (27%)
<i>Diagnóstico Médico*</i>	
Perturbações de Personalidade	2 (13%)
Perturbações Psicóticas e Espetro de Esquizofrenia	6 (40%)
Perturbações de Humor	5 (33%)
Perturbações Neurocognitivas	6 (40%)
Perturbações de Conduta, Disruptivas e de Controlo de Impulsos	1 (7%)
Perturbações Obsessiva-Compulsiva e relacionadas	2 (13%)

* Conforme classificação DSM-V (American Psychiatric Association, 2014)

** (Moura, 2004)

1.2 Grupo B

Tabela 3. Caracterização da população do Grupo B no período de estágio

Clientes	Sexo	Idade	Estado civil	Habilitações Literárias	Diagnóstico Médico
M.S.	F	51	D	S	Anorexia Nervosa Tipo Restritivo
T.B.	F	27	S	L	Anorexia Nervosa Tipo Purgativo
C.N.	F	14	S	B	Anorexia Nervosa Tipo Restritivo e Perturbação Depressiva <i>Major</i>
P.B.	F	37	S	L	Anorexia Nervosa Tipo Restritivo e Perturbação Obsessiva-Compulsiva
A.F.	F	16	S	B	Anorexia Nervosa Tipo Restritivo
C.P.	F	14	S	B	Anorexia Nervosa Tipo Restritivo
L.S.	F	15	S	B	Anorexia Nervosa Tipo Purgativo e Perturbação de Personalidade <i>Borderline</i>
M.C.	F	13	S	B	Anorexia Nervosa Tipo Restritivo

Legenda:

Sexo:

F Feminino
M Masculino

Estado Civil:

C Casado
D Divorciado
S Solteiro
V Viúvo

Habilitações Literárias:

B Básico
S Secundário
L Ensino Superior (Licenciatura)

Tabela 4. Sistematização da caracterização do Grupo B

Caracterização da Amostra	n (% relativo)
Amostra Total	8 (100%)
<i>Sexo</i>	
Feminino	8 (100%)
Masculino	0 (0%)
<i>Idade**</i>	
Jovem Adulto	6 (75%)
Adulto	1 (13%)
Adulto Maduro	1 (13%)
Idoso	0 (0%)
<i>Estado Civil</i>	
Casado(a)	0 (0%)
Solteiro(a)	7 (88%)
Divorciado(a)	1 (13%)
<i>Escolaridade</i>	
Ensino Básico	5 (63%)
Ensino Secundário	1 (13%)
Ensino Superior	2 (25%)
<i>Diagnóstico Médico*</i>	
Perturbações de Comportamento Alimentar	8 (44%)
Perturbações de Humor	1 (6%)
Perturbações de Personalidade	1 (6%)
Perturbações Obsessiva-Compulsiva e relacionadas	8 (44%)

*Conforme classificação DSM-V (American Psychiatric Association, 2014)

** (Moura, 2004)

2 HOSPITAL DE DIA

Tabela 5. Caracterização da população do Hospital de Dia no período do estágio profissional

Clientes	Sexo	Idade	Estado civil	Habilitações Literárias	Diagnóstico Médico
A.F.	F	48	C	6º	Perturbação de Personalidade <i>Borderline</i> e Perturbação Depressiva <i>Major</i>
D.P.	M	21	S	12º	Perturbação Depressiva <i>Major</i> e Anorexia Nervosa Tipo Restritivo
M.A.	F	29	S	12º	Perturbação de Personalidade Narcísica
I.P.	F	56	D	L	Perturbação Depressiva <i>Major</i>
S.R.	F	40	C	CTP	Psicose Sem Outra Especificação
L.P.	M	25	S	12º	Perturbação de Personalidade Antissocial e Fobia Social
A.J.	M	47	C	9º	Distímia
M.D.	F	55	S	L	Perturbação de Personalidade <i>Borderline</i> e Perturbação Esquizoafetiva
M.L.	M	23	S	12º	Perturbação de Personalidade <i>Borderline</i>
S.A.	F	37	S	M	Perturbação Depressiva <i>Major</i>
C.C.	F	43	D	L	Perturbação de Personalidade Histriónica e Perturbação Depressiva <i>Major</i>
R.M.	M	21	S	7º	Perturbação de Ansiedade Generalizada e Psicose Sem Outra Especificação
A.P.	F	49	C	9º	Perturbação Bipolar tipo I
A.S.	M	67	C	4º	Distímia
R.F.	F	41	S	9º	Perturbação Esquizoafetiva
J.P.	M	78	C	L	Distímia
J.S.	F	19	S	10º	Perturbação de Personalidade <i>Borderline</i> e Episódio Depressivo
I.C.	F	34	S	L	Perturbação Depressiva <i>Major</i>

Legenda:

Sexo:

F Feminino
M Masculino

Estado Civil:

C Casado
D Divorciado
S Solteiro

Habilitações Literárias:

CTP Curso Técnico-Profissional
L Licenciatura
M Mestrado

Tabela 6. Síntese da caracterização da amostra

Caracterização da Amostra	n (% relativo)
Amostra Total	18 (100%)
<i>Sexo</i>	
Feminino	11 (61%)
Masculino	7 (39%)
<i>Idade**</i>	
Jovem Adulto	6 (33%)
Adulto	5 (28%)
Adulto Maduro	5 (28%)
Idoso	2 (11%)
<i>Estado Civil</i>	
Casado(a)	6 (33%)
Solteiro(a)	10 (56%)
Divorciado(a)	2 (11%)
<i>Escolaridade</i>	
Ensino Básico	6 (33%)
Ensino Secundário	6 (33%)
Ensino Superior	6 (33%)
<i>Diagnóstico Médico*</i>	
Perturbações de Personalidade	7 (28%)
Perturbações Psicóticas e Espectro de Esquizofrenia	4 (16%)
Perturbações de Humor	11 (44%)
Perturbações de Ansiedade	2 (8%)
Perturbações de Comportamento Alimentar	1 (4%)

** (Moura, 2004)

* Conforme classificação DSM-V (American Psychiatric Association, 2014)

APÊNDICE III

ESTUDO DE CASO

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Unidade Curricular:
Estágio com Relatório

ANÁLISE DE UMA SITUAÇÃO DE PRESTAÇÃO
INDIVIDUALIZADA DE CUIDADOS
- ESTUDO DE CASO -

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Lisboa
maio, 2015

**UNIDADE CURRICULAR:
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**ANÁLISE DE UMA SITUAÇÃO DE PRESTAÇÃO
INDIVIDUALIZADA DE CUIDADOS
- ESTUDO DE CASO -**

Discente:

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Docente Orientador:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa
maio, 2015

“Para entender o doente (ou qualquer outro sujeito) não importa tanto a realidade objetiva, as coisas em si que ele vive ou percebe, mas o modo como ele as vivencia, a sua vivência das coisas, a sua verdade sobre o mundo.”

(Pio Abreu, 2011, p. 19)

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CIPE	Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EDRE	Escala de Dificuldades de Regulação Emocional
EEESMP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
ICD-10	<i>International Classification of Diseases</i> (10 th revision)
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PDM	<i>Psychodynamic Diagnostic Manual</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SOS	<i>Save our Souls</i> (socorro)

LISTA DE ABREVIATURAS

cit. por	citado por
cp.	comprimido
et al.	e outros
EV	endovenoso
IM	intramuscular
p.	página
PO	<i>per os</i>
sic	segundo informação colhida

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 REFERENCIAL TEÓRICO	11
1.1 Conceito de Personalidade.....	11
1.2 Perturbação de Personalidade	12
1.2.1 ETIOPATOLOGIA	12
1.2.2 CATEGORIZAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA.....	13
1.3 Perturbação <i>Borderline</i> de Personalidade.....	14
1.3.1 QUADRO CLÍNICO	14
1.3.2 COMORBILIDADES	16
1.3.3 FATORES PREDISPOONENTES E REPRESENTAÇÕES RELACIONAIS.....	17
1.3.4 SISTEMA DEFENSIVO	19
1.3.5 POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS.....	20
1.4 Processo de Regulação Emocional e Comportamento Agressivo	21
1.4.1 REGULAÇÃO E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL	21
1.4.2 AGRESSIVIDADE E COMPORTAMENTO AGRESSIVO	23
1.5 Relação Terapêutica.....	25
1.5.1 PRESSUPOSTOS GERAIS	25
1.5.2 ENTREVISTA DE AJUDA	28
2 PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	30
2.1 Apreciação	30
2.1.1 ANAMNESE	30
2.2 Plano de Cuidados	43
2.3 Avaliação das Intervenções	51
3 DISCUSSÃO.....	55
4 CONCLUSÃO.....	58
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

APÊNDICE III_A - Escala de Dificuldades de Regulação Emocional do cliente Diego

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representação gráfica da estrutura familiar – Genograma.....	40
Figura 2: Representação gráfica das relações sociais – Ecomapa	41
Figura 3: Psicofigura de Mitchell.....	41

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Critérios de Diagnóstico de Perturbação <i>Borderline</i> de Personalidade (APA)	16
Quadro 2: Plano de Cuidados do cliente Diego	45

INTRODUÇÃO

Encontra-se explanado no Regulamento da prática clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP) que este tem competência de assistir o cliente ao longo do seu ciclo de vida visando a otimização da saúde psíquica (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A satisfação desta premissa exige que o processo de enfermagem assuma relevância ímpar na medida em que pressupõe a consecução de uma apreciação global da sua história pela recolha sistematizada de informação, o processo de diagnóstico de respostas humanas desajustadas, a avaliação das suas repercussões no seu projeto de vida e nas diferentes interfaces que o cliente estabelece, bem como a promoção da readaptação funcional e reinserção social.

Por via do processo de enfermagem, a metodologia do estudo de caso configura-se como estratégia de investigação em profundidade e torna possível a compreensão fenomenológica do cliente, isto é, como “um todo significativo” (Pio Abreu, 2011, p. 29).

Atendendo aos requisitos para alcance das competências previstas no plano de estudos da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria e os propósitos do estudo de caso que inspira este trabalho, delinearam-se como objetivos *major*:

- executar uma apreciação pertinente à compreensão das necessidades específicas de saúde do cliente e família atendendo ao Modelo dos Sistemas de Neuman;
- estabelecer diagnósticos de saúde mental mediante a identificação problemas reais e/ou potenciais de acordo com as taxonomias estandardizadas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE);
- implementar o planeamento de cuidados e intervenções personalizado;
- conceber estratégias assentes em referenciais teóricos inerentes à gestão emocional, empoderamento e adaptação funcional no contexto de vida;
- identificar resultados esperados individualizados;
- avaliar, criticamente, a eficácia e os ganhos em saúde decorrentes das intervenções encetadas.

Evocar-se-á a história de saúde do cliente D.C. doravante nomeado Diego [nome fictício], em regime de internamento hospitalar, clinicamente diagnosticado com *Perturbação da Personalidade*.

De salientar que a anamnese pressupôs o recurso a distintas fontes de informação como a observação comportamental, a entrevista psiquiátrica, o exame de funções mentais, aplicação de

instrumentos de avaliação como a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE), o Genograma e o Ecomapa. Neste âmbito, procedeu-se à filtragem e análise de organizadores conceptuais, revisão crítica de literatura inerente ao conhecimento teórico e emprego de instrumentos de apreciação e documentos constantes no processo clínico. Foram tidas ainda em linha de conta, fontes orais não registadas, designadamente o testemunho do cliente, elementos da respetiva família e profissionais de saúde pertencentes à equipa multidisciplinar.

Recorrer-se-ão aos sistemas taxonómicos de enfermagem orientadores da *praxis* como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2 para enunciar os diagnósticos, a Classificação das Intervenções específicas a serem operacionalizadas (NIC) e a Classificação dos *Outcomes* ou resultados (NOC).

Estruturalmente, o trabalho encontra-se seccionado em três capítulos. O primeiro centra-se nos construtos teóricos que orientaram a *praxis* e o segundo incide na apreciação psiquiátrica e intervenções dela decorrentes. No terceiro e último são expressas considerações reflexivas em jeito de análise e avaliação da atuação.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

A pretensão de avaliar criticamente um caso clínico para efetuar uma proposta de ações transformadoras pressupõe o domínio do atual estado da arte. Neste capítulo, procurarão expor-se os distintos subsídios teóricos que subjazem às estratégias de intervenção efetivadas.

1.1 Conceito de Personalidade

Na literatura, o conceito de personalidade surge associado à noção de pessoa, definido como “uma combinação complexa de traços psicológicos enraizados e contendo dimensões não conscientes” (Ribeiro, 2010, p. 652) e resultado de disposições biológicas e adquiridas pelas quais os indivíduos pensam, sentem e comportam-se. Parafraseando (Townsend, 2011), os traços de personalidade definem-se como “padrões permanentes de percepção, relacionamento e pensamento sobre o ambiente e a própria pessoa” e que se apresentam “numa ampla variação de contextos pessoais e sociais” (p. 695). Dito de outro modo, as constelações dos traços de carácter afiguram-se como unidades funcionais da personalidade ao operarem como mecanismos autorreguladores com tendências relativamente estáveis (não sendo todavia imutáveis) que dirigem as disposições cognitivo-dinâmicas gerais e, portanto, a conduta do indivíduo (Lima & Albuquerque, 2006). Com efeito, a personalidade é reconhecida como centro organizador que dirige as estruturas psicológicas (Martins, 2004) e de funcionamento complexo (Lima & Albuquerque, 2006).

São várias as teorias que explanam o desenvolvimento da personalidade e que consideram a interação do sujeito no contexto sociocultural um fator primacial. As teorias psicodinâmicas remetem aliás para a importância das vivências precoces e relações interpessoais, concetualizando a personalidade nestes termos (McAdams & Olson, 2010). Nesta continuidade, Wolitzky preconiza que o desenvolvimento da personalidade decorre da identificação da criança e da distinção desta da figura cuidadora com a construção do sentido de si (Wolitzky, 2006). Para o autor em questão, a qualidade das relações precoces estabelecidas condicionará a representação mental das experiências e afetos vivenciados e a consequente criação de modelos internos dinâmicos de vinculação. Tendo sido saudáveis, permitir-se-á a construção de representações estáveis e positivas de si e dos outros, o que concorrerá para perpetuação de interações também elas estáveis e satisfatórias. Reações constantemente desadaptativas face aos estímulos ambientais predis põem a psicopatologia, em concreto, as perturbações da personalidade.

1.2 Perturbação de Personalidade

A relevância que “variações psicopatológicas observadas no funcionamento da personalidade normativa” (Ribeiro, 2010, p. 651) foram assumindo no contexto clínico, conduziu ao progressivo desenvolvimento de taxonomia e ao reconhecimento das perturbações de personalidade como entidades diagnósticas distintas. De entre múltiplas asserções teóricas, surgem globalmente descritas como “padrões estáveis de experiência interna e comportamento que se afastam marcadamente do esperado para o indivíduo” atendendo à sua cultura (American Psychiatric Association, 2014, p. 645). São de natureza inflexível, acarretam mal-estar, incapacidade ou compromisso funcional significativo na esfera intrapsíquica e/ou interpessoal, sendo responsáveis por “sofrimento subjetivo” (Townsend, 2011, p. 695).

1.2.1 Etiopatologia

A parametrização do normal e do patológico da personalidade tem sido escrutinada por distintas perspetivas, salientando-se a neurobiológica, a psicodinâmica, a cognitiva e a interpessoal, como apologistas Ribeiro (2010). No domínio psicodinâmico, assumem particular relevância as teorias da vinculação de Bowlby e das relações objetais, bem como das duas polaridades de Blatt.

O conceito de modelos internos dinâmicos de vinculação, originalmente defendido Bowlby, remete para a memorização de acontecimentos significativos e para o modo como as representações que o sujeito tem de si e do mundo influenciam a forma de interpretar eventos, planeá-los e antecipá-los. Estes modelos permitirão que a criança construa e internalize expectativas e servirão de guias cognitivos na tomada de decisões. Com efeito, as perturbações da personalidade poderão pois ser caracterizadas num contínuo de progressivo desequilíbrio das representações de si e dos outros e, embora dependendo de uma multiplicidade de determinantes, são claramente marcadas pelas vivências precoces individuais (Wolitzky, 2006).

Em continuidade com a teoria de vinculação, Blatt conceptualiza a psicopatologia como decorrente de desequilíbrios face à matriz do desenvolvimento de personalidade (Blatt, 2008). Para o autor, a construção e desenvolvimento da personalidade decorre de uma complexa transação dialética entre dois pólos: o relacionamento interpessoal (que envolve a capacidade de estabelecer relações maduras) e a individualidade (que implica a integração do conceito de *self* realista e positivo). Importa que os processos psicológicos inerentes facilitem o desenvolvimento recíproco e equilibrado destes componentes. De facto, desequilíbrios ou

desvios centrados numa das dimensões configuram-se como situações de vulnerabilidade psicopatológica. Atendendo à teoria das duas polaridades, uma dimensão mais proeminente na personalidade poderá condicionar a autocrítica e concorrer para o desenvolvimento de uma depressão introjetiva ou afetar a autonomia, predispondo a depressão dependente ou anaclítica (Blatt, 2008).

1.2.2 Categorização e Epidemiologia

Ribeiro (2010) ressalva que com a emergência de sistemas de classificação houve necessidade de convergir sinergias e promover a integração das abordagens dimensional (que pressupõem a perturbação da personalidade como entidade abstrata, valorizando antes as variações ao longo de um *continuum*) e categorial (que postulam pontos de corte entre o saudável e o patológico).

O manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (comumente conhecido por DSM) têm-se revelado uma referência na avaliação das afeções da personalidade, surgindo divididas em três agrupamentos ou *clusters* e descritas em dez categorias em função de fenómenos tangíveis e observáveis como os sintomas (American Psychiatric Association, 2014). O primeiro (*cluster A*), compreende as perturbações caracterizadas pela peculiaridade e excentricidade do comportamento tal como as perturbações paranóide, esquizóide e esquizotípica. O segundo grupo (*cluster B*) edifica-se em comportamentos descritos como dramáticos, erráticos ou emotivos e instáveis, incluindo as perturbações histriónica, narcísica, antissocial e *borderline*. O último agrupamento (*cluster C*) inclui as personalidades caracterizadas pela apreensão, temor ou ansiedade, como a perturbação evitante, dependente, compulsiva e passiva-agressiva.

Não obstante o facto de estas formulações encontrarem grande ressonância entre inúmeros profissionais, poderão estar “longe de constituir uma forma ideal de descrever os aspectos clínicos centrais da perturbação de personalidade” (Ribeiro, 2010, p. 654). Para a autora, se a abordagem centrada na sintomatologia pretende “permanecer tão fiel aos dados observáveis quanto possível (p. 657)” a fim de minimizar a inferência decorrente das narrativas que os clientes fornecem, torna-se redutora *per se* dado que os referidos sintomas “constituem os aspectos mais temporários e episódicos do fenómeno da perturbação de personalidade” (p. 657). Paralelamente, importa salientar que o recurso único aos critérios DSM exclui “os aspectos positivos da personalidade” (p. 656) além de que concorre para a obtenção de uma miríade de categorias diagnósticas.

Pode portanto depreender-se que a compreensão aprofundada das perturbações de

personalidade exige a concordância de diferentes instrumentos, a utilização do formato do autorrelato em entrevista, a observação comportamental para não se negligenciarem o material afetivo e os aspetos não conscientes e a ênfase desenvolvimental, a fim de evitar-se enfoque exclusivo no funcionamento da personalidade atual.

Epidemiologicamente, dados relativos à prevalência das perturbações de personalidade enquanto entidade nosológica revelam um registo de ocorrência anual de 3,5% na população adulta em Portugal continental conforme consta no relatório de Caldas de Almeida & Xavier (2013). Paralelamente, e ainda que as perturbações de personalidade não careçam de recurso frequente a internamento hospitalar, encontra-se explanado no recente relatório afeto ao Programa Nacional de Saúde Mental (Andrade de Carvalho, Mateus, & Xavier, 2016) a referência à hospitalização de uma média de 1248 clientes entre 2010 e 2014.

1.3 Perturbação *Borderline* de Personalidade

1.3.1 Quadro Clínico

Como entidade diagnóstica específica, a perturbação *borderline* da personalidade foi reconhecida pela *American Psychiatric Association* (APA) na publicação do DSM-III e incluída na *International Classification of the Diseases 10th version* (ICD-10) pela Organização Mundial de Saúde em 1992 (Silva, 2014). Neste domínio, o psiquiatra Gunderson e o psicanalista Kernberg são considerados autores de referência cujo trabalho conjunto concorreu para o estabelecimento de critérios diagnósticos, prosseguidos desde então pela *Task Force International*, responsável pelo *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM).

Tendencialmente, o diagnóstico de perturbação de personalidade *borderline* é estabelecido em jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, preferencialmente no género feminino, numa proporção estimada de 4 para 1 (Gunderson, 2008; Soure, 2011).

Num quadro de compreensão psicodinâmica a patologia *borderline* é entendida como sinónima do estado-limite, procurando caracterizar clientes “cuja estrutura psicológica e modo de funcionamento se situa numa área intermédia, onde a regulação dos limites está comprometida” (Silva, 2014, p. 11). A nível nomotético, remete para o hiato entre o funcionamento neurótico e psicótico havendo partilha de características de ambas as organizações, embora se distancie dos seus sinais prodrómicos (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005).

A descrição da patologia *borderline* por Wolberg (1973) ancora-se na fragilidade egóica dos clientes, cujas relações interpessoais se alicerçam na dependência masoquista, angústia

anaclítica e na procura incessante de gratificações de modo a compensar uma autoestima deficitária. Salienta ainda a prevalência intolerância à frustração, a hipersensibilidade à crítica, paralisação face ao sucesso e mecanismos de clivagem de pensamentos e afetos. Acrescentar às particularidades anteriores, Schmideberg (1959) releva a instabilidade de humor, dificuldade no estabelecimento de empatia, persistência de estado de angústia, dificuldades na regulação emocional e sublinha as tendências impulsivas, antissociais e excessos ordálicos. Gunderson & Singer (1975) preconizam como características relevantes para o diagnóstico: o intenso afeto que o cliente nutre por outrem (frequentemente depressivo e hostil), história de relações que oscilam entre a transitória superficialidade e uma intensa dependência, uma certa adaptação social, a ocorrência de experiências psicóticas breves sob stress, comportamento compulsivo e um pensamento pouco estruturado.

Num contexto psicodinâmico, Trull, Stepp & Solhan (2006) dão ênfase a três dimensões centrais da patologia *borderline*: 1) perturbação da identidade, sendo evidente um autoconceito pouco definido e incapacidade de integração de aspetos positivos e negativos da experiência de vida, associada a sentimentos de vazio crónico; 2) instabilidade afetiva, verificando-se sobrecarga de afetos de índole negativa como a raiva, reatividade aos estímulos no palco interpessoal ou face rejeição percebida, bem como manipulação como meio para alívio da ansiedade de separação; 3) impulsividade decorrente da incapacidade de controlo dos impulsos ou como forma compensatória da experiência de instabilidade emocional e associada a comportamento que reflete a mutabilidade frequente, pautado por *acting out* (passagem ao ato) dirigido para si próprio (automutilação, compulsão alimentar, promiscuidade sexual, comportamento aditivo) ou para o outro (heteroagressividade).

Caracteristicamente e sintetizando, clientes com perturbação *borderline* trazem para o encontro clínico uma difusão identitária, instabilidade da autoimagem, incoerência, angústia de abandono e de intrusão, sentimentos de falta e vazio, a experiência de profundo sofrimento, um padrão de relacionamentos interpessoais intensos e disfuncionais decorrentes da instabilidade afetiva e uma desregulação emocional com predomínio de raiva, agressividade e marcada impulsividade que predis põem eventuais comportamentos de risco (Silva, 2014; American Psychiatric Association, 2014; Townsend, 2011). Da revisão crítica de literatura sobressai que estas particularidades, sendo severas, persistentes e disruptivas traduzem-se em significativos prejuízos a nível clínico, social e ocupacional. Costa, Mota & Milheiro (2013) preconizam que se trata de uma perturbação psiquiátrica “complexa e de diagnóstico diferencial difícil, uma vez que apresenta comorbilidades com outras perturbações de

personalidade” (p. 20). Vejam-se os atuais critérios definidos pela APA, constantes no DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

Critérios de diagnóstico para 301.83 Perturbação Estado-Limite da Personalidade [F60.3]

Padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem, afetos, e impulsividade marcada, com começo no início da vida adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes itens:

- 1) *esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado.*
Nota: não incluir os comportamentos automutilantes e suicidas descritos no critério 5;
- 2) *um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, caracterizadas por alternância extrema entre idealização e desvalorização;*
- 3) *perturbação da identidade: instabilidade persistente e marcada da autoimagem e da percepção de si próprio;*
- 4) *impulsividade pelo menos em duas áreas que são potencialmente autolesivas (gastos, sexo, abuso de substâncias, condução ousada, compulsão alimentar).*
Nota: não incluir os comportamentos automutilantes ou suicidas descritos no critério 5;
- 5) *comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento automutilante;*
- 6) *instabilidade afetiva por acentuada reatividade de humor (por exemplo, disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa, habitualmente durando poucas horas e raramente mais do que alguns dias);*
- 7) *sentimento crónico de vazio;*
- 8) *raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (por exemplo episódios de perda da calma, raiva constante, violência física recorrente);*
- 9) *ideação paranóide transitória reativa ao stress ou sintomas dissociativos graves.*

Quadro 1: Critérios de Diagnóstico de Perturbação *Borderline* de Personalidade (APA)

1.3.2 Comorbilidades

Ribeiro salienta ainda que “é consensualmente aceite que a perturbação da personalidade constitui uma base a partir da qual surgem outras perturbações menos duradouras, ou seja, aquela cria um certo grau de vulnerabilidade a patologias como a depressão e a ansiedade” (2010, p. 652). Kernberg (1986) enuncia, aliás, que a vivência depressiva limite surge representada pela perda de sentido da vida e de si e por investidas agressivas ao objeto, diferindo da depressão introjetiva forjada pela culpa. Ainda a este respeito, Gunderson (2008) verificou empiricamente que a taxa de incidência de um quadro depressivo na organização *borderline* seria três vezes superior à ocorrência de perturbação *borderline* em clientes com episódio depressivo *major*. Todavia, os traços de personalidade permitiriam distingui-los: se no cliente com patologia *borderline* se encontraria impulsividade, relações instáveis e autodesvalorização, nos clientes depressivos estariam patentes traços ansiosos e de preocupação com a autocrítica.

Também Zanarini, Frankenburg, Hennen, Bradford Reich & Silk (2004) salientaram a co-ocorrência de outras perturbações de índole psiquiátrica em clientes com patologia

borderline de personalidade, designadamente taxas de 70 a 90% de risco acrescido de concomitância de perturbação de humor, 61% de abuso de substâncias, 55% de perturbação de stress pós-traumático e 53% de perturbações alimentares.

1.3.3 Fatores Predisponentes e Representações Relacionais

A literatura evidencia que a etiologia da perturbação *borderline* da personalidade é multifatorial, motivo pelo que a sua concetualização pressupõe uma abordagem integrada, não sendo irreduzível a uma só realidade.

Biologicamente, estudos sugerem a ocorrência de uma mutação aquando da síntese de serotonina, cujo défice poderá conduzir à progressão de impulsos demonstrados em clientes com esta afeição. Similarmente, a redução de serotonina, responsável por quadros de apatia, poderá ter implicações genéticas na perturbação *borderline*, verificando-se frequentemente, história familiar de perturbação de humor (Townsend, 2011). Cumulativamente, Silva (2014) alerta para o facto da psicopatologia parental ser relevante para a compreensão da génese da patologia *borderline*. Para a autora,

parece haver um padrão transgeracional, em que pais com perturbações de personalidade *borderline* (ou também perturbações psicossomáticas, narcísicas e psicóticas) desenvolvem relações patogénicas com os seus filhos, onde se instauram (...) factores de risco (...) [designadamente] abuso, abandono emocional, laços instáveis e climas de comunicação incongruente, agressiva e pouco responsiva às necessidades de uma criança (p. 36).

Trull, Stepp & Solhan (2006) salientam ainda que a exposição a experiências traumáticas precoces amplifica outros fatores individuais, propiciando a vulnerabilidade.

A corrente investigativa dominante é a psicodinâmica e foca-se na vinculação disfuncional e sequelas decorrentes dessa interação diádica emocionalmente angustiante. Para Soure (2011), um cuidador que seja responsivo, regula eficazmente o afeto da criança, securiza-a, facilita a comunicação emocional e fomenta o afeto positivo, permitindo o desenvolvimento de um padrão de vinculação seguro, progresso cognitivo e maturação emocional marcada pela capacidade de autorregulação. Contrariamente, na presença de relações traumáticas radicadas em comportamentos de abuso ativo ou passivo nas quais o cuidador é percebido como assustado ou assustador, predispõem um padrão de vinculação marcado pelo conflito, entre o distanciamento e o apego excessivo. Uma multiplicidade de estudos evoca a disfuncionalidade da dinâmica familiar ao considerarem como fatores de risco: negligência, privação emocional, testemunho de violência doméstica, clima de hostilidade, discordância ou indiferença, ausência de experiências de validação (falta de

reconhecimento), instabilidade nos vínculos, papéis parentais pouco definidos ou comportamentos caóticos como seja a presença ativa de invalidações (não reconhecimento das experiências genuínas, atitudes desnarcisantes ou críticas). Com efeito, os pais são frequentemente percebidos como abandonicos ou não cuidadores ou, no extremo oposto do espectro, intrusivos.

Todavia, para Silva (2014, p. 37) “as experiências de ausência parecem muito mais determinantes na génese da patologia” mostrando que a ausência de disponibilidade emocional do cuidador pode acarretar falhas de continuidade na constância objetal, precipitando quadros de depressão anaclítica e estados intensos de angústia capazes de afetar, irreversivelmente, os padrões de interação da criança. De facto,

as experiências de vinculação precoce têm influência nas relações estabelecidas posteriormente, mantendo-se como paradigmas relacionais internos, onde se pode verificar uma complementaridade entre a qualidade do sistema de apego e o exercício da autonomia ou exploração do mundo, bem como entre a qualidade do apego e função protectora ou de refúgio e de reabastecimento em situações de angústia e perigo. Se a qualidade do vínculo for de insegurança, o sistema de exploração, a possibilidade de apaziguamento e a tolerância à separação ficarão comprometidos, como acontece no caso do paciente *borderline* (Silva, 2014, p. 37).

Tal significa que a dinâmica vincular é fortemente marcada pela falta de previsibilidade de comportamento do cuidador, estilo que assume a designação de ansiosa-ambivalente já que a ausência da figura materna parece insuportável, embora a presença também não permita suprir as necessidades de organização emocional da criança (Silva, 2014; Soure, 2011). Dito de outro modo, no registo *borderline*

a experiência de presença de um objecto suficiente bom ficou perturbada (...) por uma responsividade insuficiente (...) onde as necessidades de regulação emocional, a contenção da vida fantasmática e a organização dos elementos intersubjectivos da *experiência* diádica não encontraram *holding* adequado (Winnicott, 1965, cit. por Silva, 2014, p. 56).

Nestas circunstâncias, a figura cuidadora tenderá a recompensar os sentimentos de dependência e punir os comportamentos independentes, facto que irá predispor um conflito interno baseado no receio de abandono, que permanecerá não resolvido. Esta relação objetal, caracterizada por ligações breves precocemente interrompidas, pouco contentoras e securizantes e desestruturadas, será internalizada e perpetuada pela criança. A patologia surgirá como ensaio de adaptação, pela qual o sujeito adquirirá somente a gratificação do cuidador em caso de excessivo sofrimento (replicando, recursivamente, essa experiência infantil). A adolescência instaurar-se-á de modo turbulento, sem todavia se atingir a evolução esperada na procura de identidade pessoal nem a conquista de relação de intimidade com o

outro. O luto não resolvido pelo amor perdido e as experiências constantes de privação assumir-se-ão como excessivamente intensas para serem geridas por um aparelho psíquico imaturo, pelo que se tornam traumáticas e resultarão em raiva internalizada (que frequentemente subjaz ao quadro depressivo) que bloqueará a formação de representações estáveis (Silva, 2014).

Em jeito conclusivo, poderá afirmar-se que as relações vinculares conforme descritas anteriormente “constituem uma instância de trauma, cujo impacto é profundo e pervasivo ao longo da vida” (Soure, 2011, p. 4) já que acarreta limitações várias, que adiante se descrevem.

1.3.4 Sistema Defensivo

Numa primeira instância poderá declarar-se que a dificuldade na elaboração das ausências e faltas do objeto primário conduz à aceitação forçada da ideia de que os sentimentos são excessivamente intensos para serem experienciados. Como “defesa contra a desintegração psíquica” (Silva, 2014, p. 59), o sujeito adulto desinvestirá na capacidade de mentalização, isto é, na capacidade de compreender e refletir acerca da natureza das suas experiências, do seu estado mental e emocional, assim como daqueles com quem interage. Daí ser frequente a utilização de modos infantis, “aquém da maturidade das capacidades simbolizadoras e auto-reflexivas que estão implicadas na mentalização madura” (Silva, 2014, p. 61), o surgimento de dificuldades de regulação emocional, de resistência à frustração e de controlo dos impulsos face a pequenos estímulos.

Funcionalmente, clientes com patologia *borderline* apresentam operações defensivas concentradas nas defesas primitivas, sendo imaturas. Ressalve-se que os mecanismos de defesa “são configurações psicológicas inconscientes que mantêm o equilíbrio intrapsíquico, minimizando o conflito e gerindo a ansiedade derivada de fontes de tensão internas (pulsionais) e externas (exigências relacionais e de adaptação à realidade)” (Silva, 2014, p. 73). Nestes clientes, verifica-se o recurso ao controlo onnipotente, à denegação, à desvalorização, embora a centralidade resida nas defesas de distorção de representação, incluindo a identificação projetiva e a clivagem. Enquanto defesa, a clivagem “constitui-se como estratégia inconsciente para proteger o Eu de ser invadido pela angústia” (Silva, 2014, p. 75). Desta forma visa impedir “a adequada diferenciação entre o *self* e o objeto, assim como a integração dos aspetos bons e maus do *self* e do objeto” (Guerra, Von Doellinger, & Coelho, 2014, p. 72). Dito de outro modo,

a clivagem é um mecanismo de divisão que permite separar aspectos da experiência de relação objectal com valências contraditórias, protegendo o Ego de uma ambivalência com a qual não é capaz de lidar, da

invasão pela angústia fragmentadora da sua integridade, e do sofrimento depressivo associado à separação ou perda do objecto (Silva, 2014, p. 75).

Ainda que a clivagem pareça ter pertinência adaptativa, ao prolongar-se no tempo enquistase e rigidifica-se, torna-se patológica e interferirá no *insight* e na capacidade de adaptação à realidade. Em suma, para Kernberg (1986), a clivagem possibilita uma gestão rudimentar da angústia que ameaça o *self* e uma neutralização muito insuficiente da agressividade.

No que concerne à excessiva agressividade do cliente com patologia *borderline*, Kernberg (1986) postula que esta poderá estar ancorada na dificuldade de apaziguamento e contenção que a criança apresenta ou corresponder à sinalização de um excesso de frustração ocasionada pelo cuidador, incapaz de suprir as necessidades daquela. A este respeito, Coimbra de Matos (1994) sugere que uma insuficiente confirmação narcísica ou continuada ausência de reconhecimento parental serão fontes de frustração que, acumulada, gerará ressentimento, tornando-se patogénica em momentos de reaproximação. Para o psiquiatra e psicanalista, a agressividade será deficientemente gerida pelas defesas primitivas pelo que o sujeito irá sempre oscilar entre as tentativas de contê-la (tornando-a inconsciente) ou agir hostilmente (deixando inundar-se pela impulsividade disruptiva).

Nesta linha de pensamento são comumente verificadas as passagens ao ato, podendo estas ser duplamente perspectivadas: ou como meio de “procura de apoio para a elaboração psíquica que faltou” ou traduzir “um aspecto evacuativo da sobrecarga dolorosa” (Silva, 2014, p. 83). Deste modo e para a autora, implicam um funcionamento regressivo pelo qual a tensão produtora de angústia é descarregada na ação, diretamente, sem haver recurso prévio ao pensamento. A severidade das passagens ao ato remete para a proximidade do funcionamento psicótico e alerta para o seu risco destrutivo. Estas manifestações impulsivas e comportamentos autolesivos ou parassuicidários de que as automutilações, bulimia e anorexia são exemplo surgem como forma de “sentir a dor física para ultrapassar a dor psíquica (...) um meio de controlar os sentimentos, (...) de expressar a raiva, de exercer o controlo” (Guerra, Von Doellinger, & Coelho, 2014, p. 76), de estabelecer os limites do Eu e de ultrapassar o estado de vazio ou anestesia (Gunderson, 2008).

1.3.5 Possibilidades Terapêuticas

Atendendo ao exposto, poder-se-á perspetivar a perturbação *borderline* de personalidade como uma entidade multifatorial complexa que contempla a cronicidade, a resistência à mudança e o amplo e negativo alcance das sequelas psicossociais (McWilliams, 2005). Com efeito, importa que a intervenção seja simultaneamente personalizada e

integrativa, envolvendo a equipa multidisciplinar. A abordagem multimodal pressupõe a complementaridade da ação biológica (envolvendo a toma concomitante de antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor e ansiolíticos, conforme a sobreposição de patologias ou comorbilidades) com a psicológica. Neste domínio, importa destacar as intervenções de âmbito psicoterapêutico, psicoterapias individual e/ou grupal, alicerçadas numa relação terapêutica e centralizadas nas problemáticas identificadas.

Concretizando e de acordo com a literatura, importa que um programa de intervenção se desenvolva em torno de cinco eixos estratégicos, designadamente:

- apoio psicofarmacológico visando o controlo das manifestações clínicas sintomáticas como a agressividade, impulsividade e oscilações de humor;
- apoio individual, procurando a exploração intrapsíquica, a reativação das relações objeta primitivas, a verbalização de angústias e conflitos, o apuramento do sentido crítico e a obtenção de um certo grau de elaboração pessoal que aumente a eficácia adaptativa face a situações desestabilizadoras;
- apoio grupal em coordenação com o anterior, com intuito de auxiliar na resolução das resistências pessoais e interpessoais, proporcionar outros modelos de identificação e modos de funcionamento mais maduros e satisfatórios, assim como reduzir a possibilidade de abandono prematuro da intervenção, isto é, fomentar a adesão;
- apoio familiar, visando a clarificação das interações dos elementos e o seu papel na etiopatogenia da perturbação e na sintomatologia atual, bem como o estabelecimento de relações gratificantes;
- apoio social capaz de promover a construção e fortalecimento de uma rede de suporte de retaguarda.

1.4 Processo de Regulação Emocional e Comportamento Agressivo

1.4.1 Regulação e Desregulação Emocional

A inegável importância dos processos emocionais no funcionamento e desenvolvimento humano quer ao nível do desenvolvimento adaptativo, quer os níveis do desenvolvimento disfuncional despoleta a necessidade de compreender as emoções e o processo regulatório inerente.

Para o especialista em desenvolvimento emocional Sroufe, as emoções são perspectivadas como reações subjetivas a um evento significativo (desafio ambiental ou estímulo interno), caracterizadas por mudanças fisiológicas, cognitivas, experienciais e comportamentais que permitem a atribuição de um significado à experiência, preparando o

indivíduo para a ação em consonância com essa mesma avaliação (Sroufe, 1995). A natureza e grau relativo desse significado (agradável, percepção de insulto, ameaça à vida, etc.) determinará a qualidade, intensidade e urgência da resposta emocional.

A literatura salienta que a regulação emocional corresponde à capacidade quanto à organização dos comportamentos adequados para lidar com eventos emocionalmente ativadores. Envolve processos fisiológicos, neuroquímicos, psicológicos, cognitivos, comportamentais e sociais e inclui todas as estratégias que o indivíduo utiliza para aumentar, manter ou diminuir um ou mais componentes de uma determinada resposta emocional (John & Gross, 2007). Continuando, *“emotion regulation can be used to modulate emotion experiences that are positive, as well as those which are negative”* (Roberton, Daffern, & Bucks, 2012, p. 73).

A literatura salienta a influência parental nas questões de regulação emocional. São muitos os autores que estipulam que a regulação das emoções é produto das experiências da criança no contexto familiar, decorrendo da observação, das próprias práticas parentais e do clima emocional no seio da família nuclear. Nesta perspetiva, a qualidade relacional da díade mãe-criança condicionará o desenvolvimento de estratégias regulatórias. De facto, *“warm, supportive maternal parenting and close mother-child relationships should promote the development of self-regulation through reducing teens’ negative affect, which should consequently afford youth opportunities to develop and master strategies for self-control”* (Moilanen & Rambo-Hernandez, 2015, p. 3). Dito de outro modo *“high levels of maternal warmth would be associated with high levels of self-regulation, reflecting the theoretical assumption that positive parenting practices provide opportunities (...) to learn regulatory strategies”* (Moilanen & Rambo-Hernandez, 2015, p. 17). Importa salientar que a predição positiva de relações diádicas de proximidade no controlo do *self* revela-se fundamental na primeira infância. Por outro lado, a disciplina parental poderá concorrer para o excessivo afeto negativo, enquanto o foco nas emoções negativas é fator de distração na aprendizagem de formas ajustadas de regulação emocional (Neumann, van Lier, Gratz, & Koot, 2010).

Para os autores de referência, a capacidade de regulação emocional revela-se essencial ao funcionamento adaptativo e desenvolvimento psicológico saudável. De facto, *“effective emotion regulation is vital for mental health and that difficulties in emotion regulation are associated with a range of problematic behaviors and mental disorders including depression, borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder”* (Roberton, Daffern, & Bucks, 2012, p. 73)

Atendendo às definições expostas, um indivíduo que apresente uma regulação emocional maladaptativa (ou desregulação), quando confrontado com uma experiência particularmente difícil, falha ou na contenção da emoção afetando a consecução do comportamento esperado ou na inibição de comportamentos impulsivos por não empregar estratégias necessárias para o efeito. Trata-se de um estilo de desregulação por via da subregulação. Noutras circunstâncias, a desregulação decorre da excessiva regulação emocional pela qual se impossibilitará a própria experiência emocional (John & Gross, 2007; Robertson, Daffern, & Bucks, 2012).

1.4.2 Agressividade e comportamento agressivo

O comportamento agressivo é frequentemente associado a transições de desenvolvimento e a múltiplos diagnósticos médicos e psiquiátricos. Concetualmente, o comportamento agressivo corresponde à manifestação observável da agressão e inclui meios físicos, verbais e psíquicos de causar dano a outro.

De acordo com Liu, Lewis, & Evans (2013) a exibição de comportamento agressivo poderá radicar na intenção de ganho de popularidade ou estatuto social e estar associada à demonstração de poder ou controlo.

A literatura sugere que o comportamento agressivo poderá ter a sua génese na infância, progredir na adolescência e exacerbar-se na idade adulta. Ferreira & Florido (2011) corroboram esta perspetiva alegando que na teoria psicanalítica Freud “atribuiu uma importância crescente à agressividade, mostrando-a a operar desde cedo no desenvolvimento do indivíduo” (p. 29). E continuam, mencionando também que o comportamento agressivo poderá ter a sua origem em fatores de ordem externa, provindo da “acumulação de experiências frustrantes” (Ferreira & Florido, 2011, p. 29). Por seu turno, as teorias psicossociais explanam o comportamento agressivo como decorrente da conjugação de aprendizagens e de factores desencadeantes situacionais, de que é exemplo a exposição à violência familiar. Nesta linha de pensamento, Bandura recusa a ideia do “inatismo” do comportamento agressivo e as hipóteses que se inscrevem nas teorias comportamentais da frustração-agressão, defendendo antes a agressão como aprendizagem social. De acordo com esta teoria, a agressividade é “resultado da observação, imitação de experiências passadas, de reforços positivos [que ocasionam repetições comportamentais e a perpetuação do ciclo de violência] e punições” (Ferreira & Florido, 2011, p. 29), motivo pelo que se identificam como estando na sua origem as experiências pregressas e aprendizagens, a família, os meios de comunicação e o sistema social. Isto é, do ponto de vista social crê-se que a observação

continua de comportamentos agressivos e violentos moldem o modo de atuação de um indivíduo, conduzindo-o a reproduzir comportamentos idênticos com maior facilidade. Do mesmo modo, história de agressão no seio familiar e no contexto escolar fomentam comportamentos desajustados. Daqui sobressai que o modo como o indivíduo enfrenta situações de tensão e conflito está intrinsecamente associado à forma como vivencia e experiencia a raiva enquanto componente emocional inerente à agressividade.

Importa também salientar como fatores de risco psicológicos que predizem alta probabilidade de ocorrência de comportamento agressivo, a predominância de um ego frágil e pouco integrado rigidificado por pulsões e defesas arcaicas e imaturas, que se desenvolveu num ambiente familiar forjado pela ausência ou repetidas substituições da figura cuidadora.

No adulto, o desenvolvimento do comportamento agressivo poderá ser sequência da exposição repetida a estímulos sociais específicos como o trauma físico ou emocional (stress pós-traumático), negligência parental, distress, personalidade pré-mórbida, comportamento aditivo ou lesão cerebral. Nestas circunstâncias, o estabelecimento de relações sociais funcionais poderá ficar comprometido e o risco de ansiedade, depressão, episódios psicóticos, violência doméstica e comportamento suicida ou parassuicida ser incrementado. Paralelamente, a experiência de doença mental designadamente a esquizofrenia ou perturbações da personalidade (temperamento difícil, baixa recompensa/dependência), propicia o risco de desenvolvimento de comportamento agressivo (Flannery, 2002 cit. por Hage et al., 2009).

Independentemente da etiologia, contribuições teóricas mais recentes relatam que indivíduos agressivos tendem a apresentar problemas de autocontrolo, bem como défices na capacidade de resolução de problemas, funções executivas como também na forma como se expressam verbalmente, apresentando, com frequência, uma linguagem mais pobre e limitada (Hage, Van Meijel, Fluttert, & Berder, 2009).

A literatura existente contém evidências preliminares que sugerem que a subregulação emocional é mais suscetível de ser associada ao comportamento agressivo. Dado o papel fundamental da raiva na agressão, um indivíduo que subregula experiências de raiva intensa - isto é, um indivíduo que revela incapacidade em conter adequadamente a expressão emocional estará mais propenso a ver-se envolvido num comportamento agressivo. Efetivamente, indivíduos que apresentem dificuldades em regular as suas emoções são mais vulneráveis à internalização e externalização de problemas, de tal modo que a desregulação emocional parece estar correlacionada com perturbações comportamentais (Moneta &

Rousseau, 2008) (Neumann, van Lier, Gratz, & Koot, 2010). Nestas circunstâncias estarão mais predispostos e em maior risco de desenvolver comportamentos agressivos e violentos. De facto, as emoções não são meros epifenómenos da agressão, mas gatilhos e até mesmo objetivos finais desse comportamento. Compreender o vínculo entre as emoções e a agressão torna-se premente a fim de que possam ser encontradas soluções para o controlo eficiente, redução e até prevenção da agressividade (Streffgen & Gollwitzer, 2007).

1.5 Relação Terapêutica

1.5.1 Pressupostos gerais

No âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria o processo de cuidar tem por *core* o estabelecimento de uma relação terapêutica. Watson (2002) assume-a como essência, postulando ser meio poderoso de intervenção autónoma, um elemento decisivo e inquestionável na atividade do enfermeiro. Similarmente Phaneuf (1995) sustenta que este tipo de interação “aplicada aos cuidados de enfermagem (...) assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa” (p. 3), desenvolve-se para seu benefício ao procurar dar resposta às suas necessidades, tendo por isso um potencial reparador. Pressupõe o “desenvolvimento de parceria; gestão emocional e intimidade intelectual; (...) compreensão mútua (...) a existência de uma ligação vital” (Pereira & Rebelo Botelho, 2014, p. 71). Para as autoras, trata-se pois de um fenómeno dinâmico, um processo recíproco faseado num espaço temporal limitado. Exige “perícia, experiência, conhecimento técnico-profissional e elevado grau de autoconhecimento” (Pereira & Rebelo Botelho, 2014, p. 61), essenciais à excelência qualitativa, fundamental à obtenção de ganhos significativos em saúde (Dziopa & Ahern, 2009).

Enquanto autor de referência, Chalifour (2008) apresenta um modelo estrutural de relação de ajuda cuja índole se aproxima dos postulados defendidos pela disciplina de enfermagem num cômputo geral. Em concreto, o referencial teórico do modelo defendido pelo autor decorre da convergência do paradigma interacionista em enfermagem com abordagens terapêuticas como a Gestalterapia e a Centrada na Pessoa.

Como Rogers, Chalifour

partilha a relação autêntica terapeuta/cliente e as atitudes de respeito e atenção ao cliente com Rollo May, a tendência do crescimento e auto-realização, a consideração positiva e aceitação de Abraham Maslow, o conceito de organismo como a totalidade e o «aqui e agora» da relação terapêutica de Fritz Perls, (...) a importância da comunicação não-verbal e da expressão das emoções de Alexander Lowen, a espontaneidade e a criatividade da psicoterapia de grupo de Jacob Moreno (Escoval, 1999, cit. por

(Nogueira, 2006, p. 11)

Encontram-se, igualmente, pontos de convergência entre os postulados de Chalifour e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildgard Peplau, uma teoria de médio alcance centrada na relação entre enfermeiro-cliente e fundada num “modelo psicológico” (Tomey & Alligood, 2004, p. 425). Esta relação humana, que ganha em Peplau uma dimensão profissional, pressupõe um profundo conhecimento de si por parte do enfermeiro e do cliente na sua globalidade, especificidade e necessidade, bem como dos instrumentos teóricos disponíveis com vista ao sucesso do processo terapêutico. Sobressai que Peplau atribuiu ao enfermeiro o papel de incremento da “exploração de sentimentos” (Tomey & Alligood, 2004, p. 426) do cliente definindo-a como uma experiência de reorientação afetiva, fortalecedora da personalidade no sentido da maturidade e, portanto da autonomia. Com efeito admitiu “a compreensão do significado da experiência como necessária (...) [para funcionar] como força terapêutica e de amadurecimento” (Tomey & Alligood, 2004, p. 430). Similarmente ao preconizado por Peplau, Chalifour defende que o enfermeiro é um veículo de orientação do outro na relação. Lembrando Teixeira (2006),

o encontro terapêutico enraíza no método fenomenológico, de tal modo que é apreensão da presença do outro “tal como” ele aparece (...) pelo que é necessário estabelecer contacto (sintonizando), aceder ao seu estado de consciência (empatizando) e compreender, captando as modalidades de constituição da sua presença no mundo. O foco é a realidade do outro, isto é, a experiência que ele tem do mundo. Caracteriza-se por uma relação existencial que envolve *estar-com* e *estar-para* (p. 295).

Dito de outro modo, na experiência da relação terapêutica, fazer *por* e *com* é crucial (Shattel, Starr, & Thomas, 2007).

Aplicando estas matrizes, o modelo apologizado por Chalifour corresponde a um “tipo desenvolvimentista” (Chalifour, A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda, 2008, p. 10) centrado no crescimento e na mudança. Persegue como objetivo o processo de consciência de si ou *awareness*, caracterizado pela apreensão dos fenómenos pessoais (emocionais, corporais) e os extrínsecos (ambientais), no *aqui e agora* pelo cliente, posicionado no cerne da relação diádica. Isto significa que a abordagem relacional como proclama Chalifour, “permite estabelecer o acordo entre a experiência e o *self*, contribuir para uma melhoria da percepção deste último e, consequentemente, constituir-se como uma experiência de crescimento para o cliente” (Larga, 2001, cit. por Nogueira, 2006, p. 42). Todavia, tal não significa “dar soluções ou indicar estratégias (...) significa criar condições que permitam ao Outro descobrir o caminho que, em sintonia com a sua subjectividade, lhe permite ser criativo e coerente nas soluções que descobre para ultrapassar as dificuldades ou os problemas” (Nunes, 1999, cit. por Nogueira, 2006, p. 42). As

intervenções preconizadas por Chalifour visam a pró-atividade do *outro* e, portanto, “facilitar o encontro do indivíduo com a autenticidade da sua existência, de forma a assumi-la e a projetá-la mais livremente no mundo” (Teixeira, 2006, p. 289). Cumulativamente o crescimento pessoal decorre do desenvolvimento do processo de maturação no sentido da mudança que privilegia a autoconsciência/compreensão da sua existência e a autodeterminação. O cliente é o centro, não a sua perturbação mental, pelo que o enfermeiro auxilia-o na procura de si próprio, do sentido da sua existência e da mobilização dos seus recursos internos, portanto, a “escolher-se e a agir de forma mais autêntica e responsável” (Teixeira, 2006, p. 290). Importa pois que o cuidado seja individualizado, percecionando o cliente “para além da doença mental [e] onde o enfermeiro não é gestor da doença mas um suporte” para que seja possível gerir a vida face à perturbação psíquica (Pereira & Rebelo Botelho, 2014, p. 68).

A pedra angular desta relação de ajuda consiste numa compreensão empática. Como Rogers, Chalifour salienta que o mero conhecimento dos factos vivenciais que o cliente expressa, não são suficientes para definir compreensão empática (2008). O importante será descortinar o modo como o cliente reagiu a essas experiências, que pressupõe que o enfermeiro adote o quadro de referências interno do cliente, isto é, “colocar-se verdadeiramente no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê” (Rogers & Kinget, 1977, cit. por Nogueira, 2006, p. 47). Este conceito é também definido por Barrett-Lenard “como um processo activo, não um «espelhamento» reflexivo, envolvendo um desejo de estar altamente comprometido com, conhecer a experiência do outro e ser capaz de receber o seu sentimento de comunicação e respectivo significado” (Rocha, 2008, p. 98). Daqui decorre que corresponde à capacidade de imersão no mundo subjetivo do outro e participação na sua experiência, permanecendo o enfermeiro sempre consciente da própria identidade. Também Phaneuf corrobora a opinião de Chalifour, ao atribuir relevância à compreensão empática pela qual se apreende “o que [o cliente] vive e como vive” (2005, p. 18). A defesa da aceitação do cliente sem condicionalismos, através de uma atitude empática, o entendimento do cliente como um verdadeiro parceiro nos cuidados, com quem se desenvolve uma relação de confiança tida por base necessária a todo o processo relacional, são exemplos disso.

Chalifour (2008) preconiza ainda habilidades peculiares que o profissional deve possuir a fim de assegurar a eficácia da sua ação e que são relativas ao contacto, ao reconhecimento e interpretação das informações percebidas, comunicação verbal e não-verbal, à expressão dos

seus processos psíquicos e suporte dos do cliente, assim como à elaboração e desenvolvimento de intervenções intencionais face ao problema do cliente e suas repercussões psicossociais. A seleção das estratégias terapêuticas pertinentes (não mutuamente exclusivas) será condicionada pelas necessidades expostas pelo cliente e suas expectativas. Ao privilegiar as atitudes como a compreensão empática, o respeito caloroso (reconhecendo e aceitando a diferença e o potencial de desenvolvimento do cliente), a autenticidade (que diz respeito a um modo integrador de ser, quando existe concordância entre a atitude ou sentimento experienciados e a consciência que se tem deles) a par do sentido de compaixão e esperança, o enfermeiro vai imprimindo sentido à relação que estabelece com o cliente, enquanto assegura a concretização do projeto terapêutico que com ele acordou. No decurso deste processo, é constatável a plastificação psíquica do cliente, enquanto este se envolve pró-ativamente, tornando consciente o que havia sido mantido inconsciente, mediante a orientação sensível do interveniente. Ao envolver-se, o cliente aspira, pela autorregulação, a integração das partes fragmentadas do *self*.

Pelo exposto, sobressai que os papéis assumidos pelo interveniente e cliente revelam-se distintos no decorrer da relação terapêutica. O interveniente revela-se como instrumento primordial da terapia, dado que, ao tornar-se consciente das suas características idiossincráticas aceitando essa consciência como parte do fluxo terapêutico, guia e empodera o cliente da gestão do seu obstáculo e do processo decisório, adequando-os ao seu estado de saúde psicofisiológico. Daqui decorre que, “a autonomia [do cliente] aumenta à medida que progridem as fases da relação” (Chalifour, 2008, p. 123).

1.5.2 Entrevista de Ajuda

No contexto de uma relação terapêutica, a técnica da entrevista

não visa a dificuldade por ela mesma, mas antes a maneira como a pessoa vive esta dificuldade. O facto de colocar o seu problema em palavras torna a pessoa mais activa em relação à própria situação, o que lhe permite ver melhor o que a faz sofrer, entrever soluções ou mudanças à sua medida e conhecer as forças que pode utilizar (Phaneuf, 2005, p. 296).

Perseguindo os postulados de Phaneuf, Chalifour evoca que

é uma situação provisória de interações e inter-influências essencialmente verbais (...) e que tem por objectivos a compreensão profunda (ou renovada) do que se passa para o que pede ajuda, a descoberta do modo como experimenta a situação que lhe causa problema, a clarificação progressiva da sua vivência e a descoberta de meios ou recursos que permitam uma mudança (Salomé, 1986, cit. por Chalifour, 2009, p. 58).

No âmbito da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiatria, a entrevista surge como

recurso fundamental à obtenção de dados e, consequentemente, à formulação dos diagnósticos de enfermagem. Chalifour (2009) reconhece que como processo finito que é, a entrevista poderá, todavia, assumir distintas configurações conforme os três momentos relevantes ou etapas (o início, o corpo, o fim). Cumulativamente, o autor ressalva que os estados mental e físico do cliente, as suas motivações, o contexto físico e organizacional onde é encetada e o tempo disponível pré-acordado, condicionam o desenvolvimento da entrevista, independentemente do tipo pretendido (inicial, única, formal estruturada ou não estruturada e de curta duração) e dos objetivos perseguidos (diagnóstico, suporte, resolução de problemas, gestão de crise, desenvolvimento pessoal, adaptação). Nesta continuidade, importa que a discussão de conteúdos conceituais e afetivos (de que a ventilação emocional é exemplo) radique nas necessidades sentidas e solicitações do cliente.

Para além do exposto, atente-se no facto da pertinência da entrevista residir na análise sistemática que é passível de realizar-se após a sua consecução. Para Chalifour, o “retorno sobre os momentos-chave do encontro” (2009, p. 81) possibilitará a avaliação da interação, a atualização do plano de intervenção, a reflexão sobre impressões clínicas, dificuldades ou aspetos contra-transferenciais reiteradamente sentidos e a preparação para eventuais interações sequenciais.

2 PROCESSO DE ENFERMAGEM

2.1 Apreciação

Encontra-se explanado em Townsend (2011) que a apreciação é “um processo sistemático e dinâmico pelo qual o enfermeiro, através da interação com o cliente (...) recolhe e analisa informações [pertinentes para a saúde ou situação]: (...) as dimensões física, psicológica, sociocultural, espiritual, cognitiva, capacidades funcionais, de desenvolvimento, económicas e estilo de vida” (p. 147). Por conseguinte, “diz, essencialmente, o que uma pessoa difere da outra, o que torna a pessoa única” (Baker, 2004, p. 6). Devido à sua importância primacial, a apreciação psiquiátrica possibilita ao enfermeiro aceder às causas e contexto da perturbação e estabelecer uma relação terapêutica com o cliente (Harrison, Geddes, & Sharpe, 2006).

Ir-á evocar-se a história de vida do cliente Diego, obtida em diferentes momentos de contacto (formal e informais) por questões de limitação temporal. A informação foi cumulativamente obtida por consulta de outros elementos da equipa de saúde, leitura dos registos e exame físico de enfermagem. Procedeu-se à efetuação de uma entrevista estruturada, atendendo à pretensão de serem obtidos dados que permitissem preencher a história clínica pormenorizada, elaborar um exame de funções mentais e identificar um padrão problemático no cliente. Como complemento, recorreu-se à observação, não só no decurso da entrevista como no ambiente/contexto. De ressaltar que foram clarificados previamente todos os procedimentos e assinado o consentimento.

2.1.1 Anamnese

2.1.1.1 IDENTIFICAÇÃO

- Nome: Diego
- Idade: 23 anos
- Data de nascimento: 30 de setembro de 1992
- Género: masculino
- Naturalidade: Lisboa
- Habilitações literárias: 11º ano de escolaridade
- Profissão: Desempregado
- Estado Civil: Solteiro
- Residência: Alvalade

2.1.1.2 HISTÓRIA BIOGRÁFICA

▪ Período perinatal

Filho mais novo de uma fratria de 4. Gravidez accidental, embora desejada, de termo, aos 43 anos do pai e 38 da mãe. Parto eutócico. Realizou ecografia transfontanelar por diástase das suturas cranianas e fontanelas que não revelou alterações. Sem intercorrências no período perinatal. Refere ter sido amamentado pela mãe por período de tempo que não especificado. Diversificação alimentar decorreu sem imprevistos ou problemas. Sem alterações do normal desenvolvimento psicomotor de acordo com a idade.

▪ Infância

Descreve-se como tendo sido uma criança ansiosa, tímida e insegura, que “não convivia muito”, gostando de “brincar sozinho” (sic). A primeira recordação de infância remonta aos 4/5 anos com a visualização da série de animação *Dragon Ball*, considerando-a “viciante” (sic). Cuidado preferencialmente pela mãe que descreve como “protetora” embora pouco afetuosa e “excessivamente” ausente (sic), pela dedicação atribuída ao trabalho. Considera o pai como intransigente, conservador, emocionalmente “violento, rude” e “distante” (sic).

Refere medo do escuro até aos 10 anos de idade, com necessidade de dormir com luz de presença. Onicofagia desde criança. A mãe relata “grande sensibilidade” do Diego, terrores noturnos e ansiedade antecipatória com fúrias associadas relacionados com a expectativa de separação com a sua figura de vinculação principal (ela própria). Nega outros sintomas psicopatológicos infantis, nomeadamente exigências alimentares, brigas frequentes, enurese, encoprese, sonambulismo, hiperatividade, ranger de dentes ou tiques.

▪ Adolescência

Autorretrato: “medroso, com vergonha [de relacionar-se com o sexo oposto] e timidez”. “Introvertido e com baixa autoconfiança”(sic). Todavia, em casa “explodia muitas vezes” (sic), mencionando dificuldade em gerir as emoções.

▪ Adultícia

Discurso pautado pela contradição, ora verbalizando não aspirar grandes concretizações profissionais e pessoais “só quero ter dinheiro para comprar comida, bebidas, chocolates, bolos, jogos de computador e brinquedos para o meu cão Pompeu” (sic) ora mencionando sentimentos de “fracasso” (sic) associada à sensação de incapacidade que lhe foi sendo inculcada na idade escolar.

▪ **Percurso escolar e relacional**

Ingressou na escola aos 6 anos de idade, referindo “dificuldades em acompanhar a matéria” (sic) considerando que “nunca fui muito inteligente” (sic). Durante o primeiro ciclo, foi aliás apelidado de “burro” (sic) pelo pai, pelo que considera estudar “um martírio” (sic) desde então. Quando lhe é solicitado o esclarecimento da postura maternal, eleva os ombros mencionando “ela raramente estava em casa e quando estava só queria ver televisão” (sic)

Salienta ter tido uma boa interação com os professores, não evidenciando dificuldade no cumprimento de regras ou em aceitar a autoridade. No decurso da idade escolar expõe o ambiente em casa como “relaxado e intenso ao mesmo tempo” (sic), sentindo progressiva pressão parental para ter bom aproveitamento escolar.

Bem integrado até ao 7º ano de escolaridade, altura em que ingressa na Escola Secundária Rainha Dona Leonor e começa a ser alvo de comentários depreciativos por parte dos elementos da turma em que estava inserido. De acordo com o Diego, referiam-se ao facto de apresentar excesso de peso e ter o “nariz grande” (sic). “Diziam-me que não merecia viver” (sic). Revela que à data, embora estes comentários tenham sido perspetivados como “violentos” (sic) para o próprio, considerava-os credíveis: “se eles diziam as coisas é porque eram verdade” (sic). Com efeito e como forma de “aliviar a tristeza” (sic) iniciou comportamentos autolesivos: “cortava-me com x-ato no pulso. Eram cortes superficiais, mas durante alguns segundos não sentia nada e não pensava no que acontecia na escola” (sic). Paralelamente, referencia ter iniciado esquema de absentismo escolar, restrição alimentar (recusando a ingestão do almoço) e comportamento purgativo esporádico, apesar das tentativas de controlo da situação por parte da mãe. Reprovou no 8º ano de escolaridade como consequência do *bullying* que os pais e irmãos relativizaram, no seu entender.

Por esta altura, a mãe enfatiza os dois episódios ameaça de homicídio do pai empunhando arma branca (faca de cozinha), que coliga com “acessos de fúria” (sic). O assunto não foi aprofundado pelo Diego.

Nos dois anos subsequentes reverte os comportamentos parassuicidários devido ao papel protetor de um amigo com quem estabelece uma relação de proximidade, “éramos unha com carne” (sic); intensifica-se o isolamento social por considerar que “só ele é que me compreendia e apoiava” (sic). Evoca sentimento de abandono por parte deste par, quando se transfere de área de residência por conveniência laboral dos pais. Descreve a separação como “traição” já que atesta “fazia tudo por ele também” (sic), adjetivando a recuperação de “dolorosa” (sic). A mãe alerta para o facto de “nunca” ter levado “amigos a casa” (sic).

Com 16 anos e história de aproveitamento escolar *borderline*/insatisfatório é

aconselhado pela orientadora psicotécnica a ingressar num curso de educação e formação na Escola Secundária Marquês de Pombal. Inicia então o curso profissionalizante de desporto e assiste-se a uma (re)exacerbação dos comportamentos mórbidos com o suicídio do pai aos 17 anos. Opta por substituir o curso, enveredando pela área multimédia que, de modo semelhante, não conclui. Encontra-se, desde então, desempregado, revelando sentir-se “bem em casa” (sic) e face à adoção de uma postura reservada.

▪ **História afetivo-sexual**

Relações interpessoais marcadas por conflitos no período do início da adolescência, tendo sido vítima de *bullying*. A mãe refere que o toque físico foi sendo menos tolerável neste decurso, despoletando irritabilidade, impulsividade e agressão (verbal e física).

O Diego refere ter nutrido interesse por raparigas, embora não tenha investido em relações amorosas “por medo de ser gozado e ridículo” (sic). As dificuldades de socialização são evidentes. Para o Diego o interesse nas relações sociais foi-se esbatendo ao longo do tempo, a ponto de atualmente serem consideradas “desnecessárias” (sic).

Ainda não iniciou vida sexual.

▪ **Atividade social e ocupação de tempos livres**

Como exposto anteriormente, apresenta uma rede de relações sociais muito restrita. Não houve preservação do já limitado número de amizades extra familiarmente por referir ter sido “muito magoado e enganado” e sentir necessidade de proteção. Presentemente “não tenho amigos” (sic). Mantém ocupação regular com o cão Pompeu, com quem estabeleceu uma relação obsessiva.

2.1.1.3 HISTÓRIA DE SAÚDE

▪ **Antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos**

Refere ter tido primoinfeções como tosse convulsa, sarampo, papeira, escarlatina e varicela. Episódio de traumatismo crânio-encefálico sem perda de consciência aos 3 anos, na sequência de uma queda, sem necessidade de internamento. História de rinite alérgica e acne juvenil.

▪ **Alergias**

Menção de toxidermia associada a antibioterapia (claritromicina).

- **Hábitos**

Nega consumo tabágico ou toxofílico. Consumo muito esporádico de álcool (cerveja).

- **Antecedentes psiquiátricos**

Sem outros antecedentes, além dos referidos na história biográfica. Não há registo de acompanhamentos psicológico ou psiquiátrico prévios.

- **Fase de desenvolvimento**

Aparenta um ego pouco adaptativo pelo facto do seu sentimento de segurança estar dependente da figura materna. Embora o Diego se reconheça como indivíduo autónomo, persiste ainda o receio de abandono de apoio emocional, internalizado desde a infância. Pelos motivos enunciados e a atendendo ao facto de parecer não ter-se completado o processo de individuação, considera-se que a fase desenvolvimental atual no que concerne à teoria das relações objetais será a de reaproximação.

- **Personalidade Prévia**

Afirma ter uma identificação afetiva com as causas sociais e que se considera um defensor dos indivíduos considerados desviantes e que são discriminados pela família e sociedade.

Retrata-se como sendo uma pessoa tímida, sensível e emocional, inseguro, pouco comunicativo e socialmente inibido: “não confio” (sic). Assume uma postura observadora, sendo pouco interativo e não estabelecendo relações sociais eficazes.

Tendência autodepreciativa e autocrítica patentes nas afirmações “sempre me senti menos que os outros” ou “nunca tive muita cultura geral” (sic). Necessidade de aprovação e valorização maternal. Paradoxalmente, considera-se altamente dependente dos outros e declara a necessidade de ter sempre alguém ao seu lado, admitindo uma tendência para estabelecer relações fusionais e simbióticas. Evitamento e dificuldade em aprofundar acontecimentos de vida ou determinadas temáticas.

Assume ser impulsivo, predominantemente no domicílio “sempre disse o que me vinha à cabeça” (sic). Refere tolerar mal quando é contrariado e que lhe é “difícil” lidar com a frustração.

- **Regulação Emocional**

Como descrito no referencial teórico, a capacidade individual de autorregulação

desempenha um papel relevante no funcionamento psíquico interferindo diretamente na resiliência. Considerando a correlação entre a desregulação emocional e a agressividade (já anteriormente enunciada), procedeu-se à aplicação do instrumento Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE), que consta no apêndice 1. Os resultados vão de encontro à literatura, sendo evidente a desregulação emocional do Diego nas diferentes subescalas que compõem o inventário.

Importa considerar, neste caso clínico, a presença de fatores de risco consideráveis na predição de uma perturbação psiquiátrica (elencados na história biográfica) e uma vulnerabilidade aumentada pela desregulação emocional, possivelmente potenciada pela relação desestruturada que o Diego cedo estabeleceu com a mãe.

▪ **Avaliação das necessidades de saúde**

Num cômputo geral, Diego é considerado independente na satisfação das atividades de vida diária. Concretizando...

Respiração: Está patente uma respiração de predomínio torácico, simétrico e regular, de média amplitude. Não se apuram alterações da função respiratória.

Alimentação: Não confeciona autonomamente as suas refeições dependendo da presença materna para o efeito. Ingere dieta geral.

Higiene Pessoal: Autónomo na efetivação dos cuidados de higiene diários.

Sono e Repouso: Sono “relativamente” (sic) pouco reparador. Ciclo circadiano alterado que associa aos videojogos e “alguma” (sic) *cyberdependência*. Existe um atraso da fase do sono (insónia inicial), iniciando-se o período do repouso “a meio da madrugada” (sic).

Comunicação/Gestão de Recursos externos: Encontra-se socialmente isolado. Não tem amigos (apenas os virtuais com quem joga).

Segurança: Comunica as alergias farmacológicas e está consciente da disfunção psíquica atual e da subsequente necessidade de apoios farmacológico, psicológico e psiquiátrico. Perceciona-se que o Diego encontra-se em situação de vulnerabilidade potenciada por fenómenos pessoais e conjunturais anteriormente mencionados. Apresenta, por isso, risco clínico acrescido de hostilidade, raiva e violência de caráter destrutivo, designadamente a passagem ao ato.

Habitação e situação económica: habita com a mãe num terceiro andar de um edifício residencial de cinco pisos. Não se documentam barreiras arquitetónicas. Presença de abastecimento de gás e água canalizados, tratamento de resíduos assegurado pela rede pública e com boas condições de higiene e salubridade. Trata-se de uma família que se situa na classe

média.

Relações Interpessoais/familiares: O Diego partilha a sua habitação com a mãe, com quem estabelece uma relação assimétrica, por receber emoções dicotómicas (cumplicidade *versus* indiferença). O relacionamento familiar é permeável a fatores como a atividade laboral materna, o tempo por ele despendido na internet. Como consequência, o tempo destinado ao convívio é francamente reduzido. Tem sido evidente o *handicap* de Diego a respeito da definição das suas redes relacionais. A família nuclear tem uma gestão relacional meramente social com a vizinhança, não privando com nenhum significativo. Do ponto de vista económico, o agregado familiar auferia rendimentos provenientes da laboração da mãe de Diego, dependendo este daquela financeiramente.

Habilidades/Capacidades Pessoais: Apresenta compromisso de resiliência individual, devido à incapacidade de manter um padrão de respostas positivas a uma situação de crise.

Manutenção da temperatura corporal: sem alterações.

Religiosidade: Verbaliza bem-estar espiritual. Considera-se ateu.

▪ Sistema e vigilância de saúde

Como cidadão português, o Diego beneficia do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pertencendo ao Agrupamento de Centros Saúde (ACES) Lisboa Norte e, em concreto, à Unidade de Saúde Familiar do Parque. Tem médica de família a ele associado.

Presentemente, os cuidados de saúde são assegurados no Centro Hospitalar Lisboa Norte, Entidade Pública Empresarial.

2.1.1.4 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Sem história de acompanhamento psiquiátrico ou psicológico até à data do atual internamento.

Início de sintomatologia psiquiátrica na segunda infância com história pregressa de conflitualidade, disrupções comportamentais e “explosões de irritabilidade” (sic) e raiva face a comportamentos de agressividade verbal e física parental. Vítima de *bullying* na adolescência, altura em que inicia comportamentos parassuicidários (comportamento purgativo e automutilações). Aproveitamento escolar insuficiente, num cômputo geral. De ressaltar a dupla ameaça de homicídio à figura paternal por volta dos 13-14 anos.

Refere fases depressivas de grande intensidade, autolimitadas. Agravamento do quadro desde há dois anos, com o abandono do curso de multimédia. A destacar a sintomatologia caracterizada por anedonia progressiva, desmotivação, sentimentos de autodesvalorização,

degradação progressiva das relações sociais, angústia marcada, insónia inicial, diminuição franca da libido e ideação obsessiva relacionada com o cão Pompeu. Segundo a mãe de Diego “o Pompeu chegou mesmo a ir à rua com duas trelas, eu tinha de estar permanentemente atenta ao que o cão fazia” (sic).

Diego descreve um aumento progressivo da conflitualidade e irritabilidade com a mãe: “estou cada vez mais farto das más decisões dela” (sic); “ela só faz asneiras” (sic); “estou sempre a explicar o mesmo e ela repete os mesmos erros” (sic). Associa esta incompatibilidade aos negócios que a mãe estabelece e, predominantemente, aos cuidados ao cão, patente nas frases: “Já lhe disse para ter cuidado com as facas. O Pompeu está sempre a cheirar as facas e pode-se magoar” (sic); “ela faz sempre o mesmo e eu irritado-me” (sic).

Nos últimos dois meses verificou-se incremento da agressividade canalizada para a figura materna: verbalmente, denominando-a de “burra”, “retardada”, “estúpida”, “merdosa” (sic), assim como física, recorrendo a “encontrões” e “palmadas na testa” (sic) alegando que aquela “merecia muito mais” (sic). Todavia, “depois sinto-me culpado e ansioso” (sic). A mãe relata “várias ameaças homicidas e suicidas” (sic) referindo aliás “uma das vezes disse: «se acontecer alguma coisa de muito grave ao Pompeu, eu mato-te e depois mato-me a mim porque não fico cá a fazer nada»” (sic). Noutra situação, tendo a mãe alegado que se sentia ofendida face ao comportamento errático do Diego, aquele “dirigiu-se furioso à cozinha, pegou numa faca grande e ficou dez minutos a olhar-me fixamente; depois disse que já não me considerava como mãe e que como castigo ia matar-me e cuidar sozinho do cão” (sic). Sentindo-se atemorizada e preocupada com a sua integridade física, a mãe do Diego recorreu à equipa de saúde da área de residência acompanhada dos irmãos do Diego.

Referenciado pela médica de medicina geral e familiar à equipa de psiquiatria de uma Unidade de Internamento do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Norte por humor depressivo, apatia e avolia marcadas, isolamento social marcado, ideação suicidária e homicidária, episódios de heteroagressividade graves dirigidos à mãe e relação obsessiva com o seu animal de estimação, condicionando défice marcado de funcionamento pessoal e profissional. De acordo com registos clínicos da médica de família constantes no processo clínico: “a higiene é deficitária – quinzenal” (sic); “não apresenta qualquer crítica para a sua situação, recusando fazer qualquer tratamento” (sic).

Não se apuram no passado períodos de aumento de energia e de iniciativa, gastos excessivos, episódios de alegria insensata ou desinibição ou elementos que sugiram atividade persecutória, grandiosa, mística ou mesmo alucinatória.

▪ Fatores precipitantes/de *stress*

Consideram-se como fatores precipitantes *stressores* individuais que concorrem para um quadro de vulnerabilidade prévia: experiência de traumas na infância e adolescência; percepção de suporte familiar “débil” (sic); personalidade pré-mórbida “sempre fui muito isolado e discreto” (sic); estilo de *coping* menos adaptativo, comprometendo a resiliência. A respeito dos *stressores* psicossociais sobressaem o suicídio do pai e subseqüentes alterações na identidade e papel familiar; diminuição da autoestima e autoconceito; múltiplas perdas/lutos; alteração no percurso de vida – incerteza quanto ao futuro. As entrevistas explanam a repercussão negativa dos diversos *stressores* culminando no evitamento das saídas do domicílio e a abstinência das atividades recreativas.

▪ Internamento

Admitido na Unidade de Internamento de um serviço de Psiquiatria a 18 de abril de 2015 após alerta familiar, com o diagnóstico de Perturbação de Personalidade, no contexto de personalidade disfuncional, ideações suicidária e homicidária sem plano estruturado, heteroagressividade dirigida à mãe e sintomatologia depressiva sem evolução positiva. Regime de internamento compulsivo, tendo sido trazido pela Polícia de Segurança Pública com mandato de condução. Quando confrontado com a gravidade do quadro e a necessidade imperiosa de internamento, aceita-o voluntariamente. Teve alta contra parecer médico a 29 de abril do mesmo ano.

2.1.1.5 HISTÓRIA E AVALIAÇÃO FAMILIARES

▪ Antecedentes médicos e psiquiátricos

Pai: Eletricista e ex-combatente na Guerra Colonial. Descrito pelo Diego como rígido, inflexível, “conservador”, “frio” e “teimoso” (sic). Relação marcada por inúmeros conflitos e “humilhações” (sic), segundo o Diego: “não me lembro do meu pai me sentar ao colo ou de me dar um beijo” (sic). História de psicopatologia não completamente esclarecida (suspeitando-se de bipolaridade e stress pós-traumático de guerra) e portanto não acompanhado profissionalmente por psicólogo ou psiquiatra. História de alcoolismo e heteroagressividade marcada (física e verbal) dirigida à esposa e filhos no final da vida. Não se apura história familiar de suicídio ou tentativa de suicídio. Suicídio consumado em 2010, aos 61 anos, com arma de fogo.

Mãe: Ajudante de cozinha em restaurante desde os 20 anos. História heredofamiliar de diabetes *mellitus* tipo 2, não insulinotratada, diagnosticada aos 56 anos. Descrita pelo Diego

como pouco afetuosa e “excessivamente preocupada” (sic) com a sua atividade laboral, reservando “pouca disponibilidade” (sic) para com os filhos: “quando chega a casa só quer estar no sofá... nem me pergunta se preciso de alguma coisa ou como correu o dia” (sic). Diego manifesta necessidade de vinculação segura, aprovação e reconhecimento maternos assim como de valorização por terceiros.

Irmão T.: Engenheiro informático de 42 anos. Descrito como “difícil” (sic), que “não admite os erros” (sic). Mantém uma relação relativamente distante e por vezes conflituosa “não é justo comigo e não me compreende” (sic).

Irmão D.: Desenhador de 39 anos, funcionário de uma editora de renome. Diego descreve-o como protetor e “bem-disposto” (sic), embora se encontrem recentemente em conflito em virtude da agressividade dirigida à mãe: “ele ajudou-a a pôr-me aqui”, “nunca pensei ser traído por ele” (sic). Relação preferencial mantida com este irmão.

Irmã L.: Educadora de Infância, presentemente com 34 anos. Descrita como “a menina da família” que “sempre teve tudo” (sic), apesar de considerá-la carinhosa: “perdoava-me quando eu lhe estragava os brinquedos” (sic). Atualmente em conflito pelos motivos anteriormente enunciados, patente nas frases: “sinto raiva dela”, “também se quer ver livre de mim”(sic).

História de alcoolismo crónico na linhagem paterna (avô), tendo aquele falecido em 2006, com 86 anos, após enfarte agudo do miocárdio maciço e com cirrose hepática.

Avó paterna falecida em 2013 com 87 anos. História pregressa de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* tipo 2, insulinotratada.

Avô materno falecido após acidente vascular cerebral em 2008 com 70 anos. História médica de diabetes *mellitus* tipo 2, não insulinotratado.

Avó materna com 80 anos à data, diagnosticada com Alzheimer.

▪ Ambiente familiar

Ambiente familiar descrito por Diego como conflituoso e desestruturado: “sempre foi péssimo, era discussões permanentes, especialmente acerca de dinheiro” (sic). A família apresenta, atualmente, uma relação relativamente próxima entre a maioria dos seus membros, havendo, todavia, divisões familiares ainda não superadas e distanciamentos emocionais não completamente ultrapassados.

▪ Dimensão desenvolvimental

Do ponto de vista do ciclo vital, trata-se de uma família com filhos adultos. Importa

ressalvar que das entrevistas encetadas, parece destacar-se o facto de não ter-se verificado uma redefinição da relação entre o Diego e a sua mãe nesta fase vital familiar. Tal significa que não parece ter havido alteração comportamental do Diego face às funções de adulto, no que concerne ao seu efetivo funcionamento. O Diego revela, aliás, algum *handicap* na construção de uma imagem de si próprio e a respeito da definição das suas redes relacionais (imutáveis desde a adolescência), bem como um défice de mentalização face aos demais elementos da família. Paralelamente, a mãe do Diego parece não ter ainda encetado estratégias conducentes à ocorrência de mudanças de reestruturação de papéis visando a otimização funcional da família nuclear.

▪ Genograma

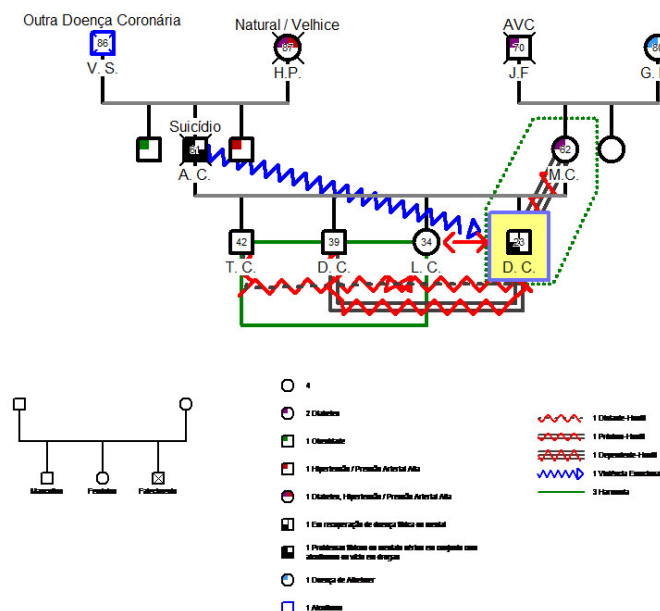


Figura 1: Representação gráfica da estrutura familiar – Genograma

▪ Ecomapa

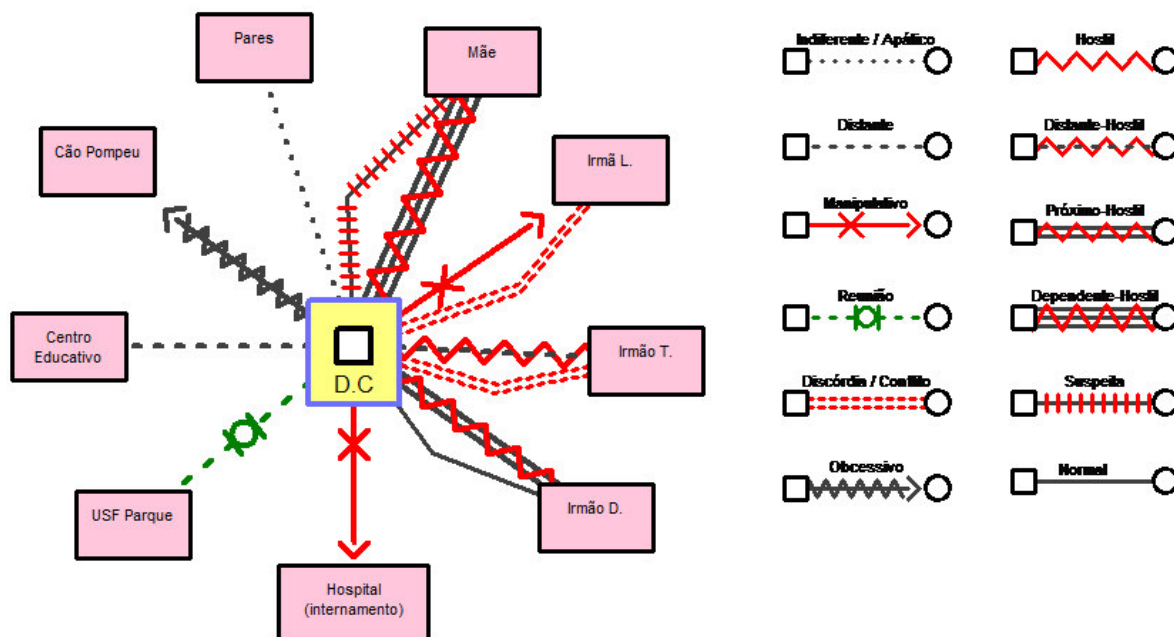


Figura 2: Representação gráfica das relações sociais – Ecomapa

Nesta representação fica patente a dificuldade atual do Diego no estabelecimento de relações interpessoais e a escassez de recursos sociais no momento presente do ciclo vital do cliente/família. Ressalta, igualmente, o estabelecimento de um vínculo de dependência (financeira e emocional) entre o Diego e a figura materna.

▪ Psicofigura de Mitchell

Trata-se de um instrumento que permite avaliar as relações interfamiliares do agregado do elemento alvo (Diego), mediante uma representação gráfica elaborada pelo próprio.

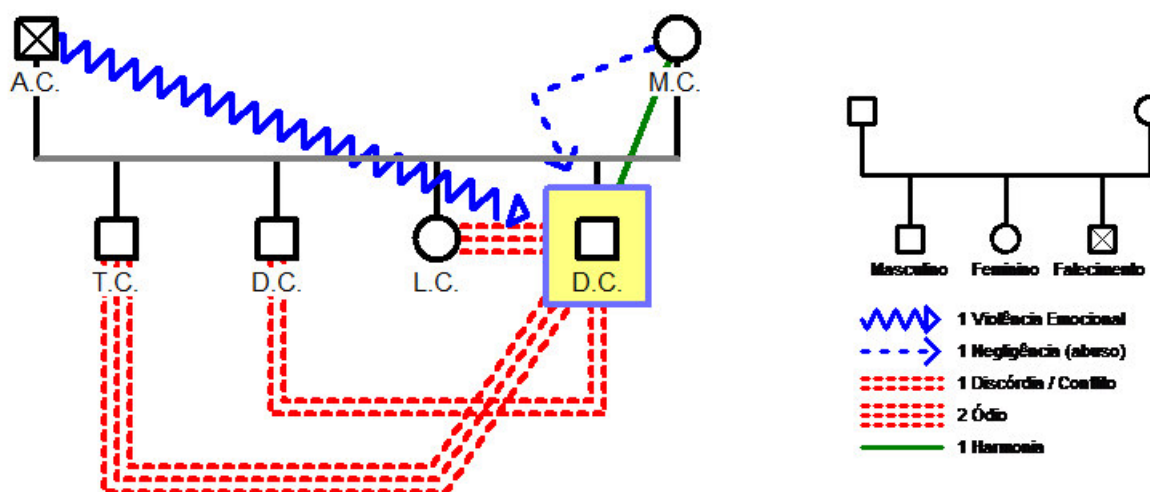


Figura 3: Psicofigura de Mitchell

Da análise da psicofigura sobressai que o relacionamento familiar é permeável a fatores como a afetividade negativa associada a maior exposição pessoal (com a necessidade de internamento compulsivo), a reatividade a eventos stressantes e um significativo distress interpessoal com a manutenção de poucos laços afetivos. De ressaltar a expressiva importância do vínculo parental no desenvolvimento afetivo do Diego. A este respeito, a sua vida emocional parece circular na órbita das figuras parentais cujo discurso teve um impacto negativo no Diego, ao transmitirem a sensação de inaptidão e insucesso.

2.1.1.6 EXAME DO ESTADO MENTAL

▪ Descrição Geral

À data da observação, o Diego exibe uma higiene razoável e vestuário sóbrio e prático. Antropometricamente, a estatura é de 176 cm, apresenta 74 kg de peso, perfazendo um índice de massa corporal de $23,9 \text{ kg/m}^2$, coincidente com normal. Pele e mucosas rosadas e turgor cutâneo diminuído. Escleróticas anictéricas. Visível hiperpigmentação infraorbitária associada a sono, eventualmente pouco reparador. Idade aparente inferior à cronológica.

Postura defensiva (braços e pernas cruzadas, mãos em punho cerrado, inicialmente), mas colaborante. Morfologia corporal leptossómica. Sem alterações grosseiras da motricidade.

Contacto no início distante, progressivamente mais próximo e sintónico, empático. Olhar aparentando seriedade. Fácies expansivo. Calmo. Discurso espontâneo, compreensível, fluente e conexo, sem alterações sintático-semânticas. Globalmente, entonação da fala adequada, voz eufónica, timbre monocórdico com pouca entoação expressiva. Por vezes, discurso altissonante. Rígido em relação a regras. Baixa tolerância à frustração e com a autoridade.

Sem maneirismos ou tiques. Mímica mantida. Apresenta discreta lentificação motora.

▪ Funções Mentais

Consciência: preservada. Vígil.

Orientação: Orientado temporoespacialmente, auto e alopsiquicamente.

Atenção e Concentração: Atenção captável, embora nem sempre fixável. Períodos de distratibilidade. Sem aparentes alterações da concentração.

Sensório-Percepção: Sem alterações sensório-percetivas, nomeadamente ilusões ou alucinações.

Memória: Sem alterações grosseiras da memória imediata, recente ou remota.

Inteligência: Aparentemente não comprometida.

Afetividade e Humor: no decurso do processo de doença tem experienciado emoções como o medo de abandono, a raiva face aos irmãos, o desprazer. Todavia, apresenta afetos ressonantes. Atualmente manifesta humor de tonalidade depressiva. Reatividade emocional diminuída (emocionando-se apenas ao descrever a rotina do cão Pompeu).

Pensamento: Coerente, lógico, embora discretamente lentificado. Por vezes, moderadamente circunstanciado. Perseveração temática em ideias pessimistas e cognições autodepreciativas. Ideias sobrevalorizadas em relação ao animal de estimação (preocupação obsessiva com sua a integridade e bem-estar). Não foram evidentes alterações de forma ou conteúdo. Não se apuram compulsões. Sem ideação suicida ou homicida. Sem alterações dos limites do eu.

Juízo Crítico e Insight: Apresenta crítica parcial face ao seu funcionamento nos últimos anos e impacto deletério dos comportamentos evitantes nas suas atividades. Reconhece a necessidade de implementar mudanças. Projetos futuros pouco realistas.

Comportamento: Apresenta algum evitamento.

Linguagem: Discurso em resposta, adequada quanto ao conteúdo.

2.1.1.7 FARMACOTERAPIA

Esquema terapêutico instituído em internamento

- Olanzapina 5 mg PO: 1 cp. ao deitar;
- Olanzapina 5 mg PO em SOS (até 2/dia), se insónia;
- Haloperidol 5 mg IM em SOS (até 3/dia) se agitação psicomotora;
- Prometazina 50 mg IM em SOS (até 2/dia) se agitação psicomotora;
- Diazepam 5 mg PO: 1 cp. a cada refeição principal (3/dia);
- Biperideno 5 mg EV em SOS (até 2/dia) se sintomatologia extrapiramidal.

2.2 Plano de Cuidados

O Modelo conceptual de Sistemas de Neuman revela-se transversal ao trabalho aqui desenvolvido, enquanto coerente com o pensamento sistémico holístico da enfermagem. De facto, se se perspetivar o conceito de Totalidade da autora, encontra-se expresso que o cliente deve ser entendido como “um todo, cujas partes estão em interação dinâmica” (Tomey & Alligood, 2004, p. 337). Com efeito, uma apreciação completa pressupõe a avaliação da trama das inter-relações estabelecidas entre as variáveis que afetam o sistema do cliente (aqui definido como pessoa), designadamente os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais,

espirituais e de desenvolvimento, que permitem que aquele esteja em constante mutação e possa ser percebido como “um sistema aberto, em interação recíproca com o ambiente” (Tomey & Alligood, 2004, p. 340). Para Neuman, este último apresenta-se como conceito multidimensional, ao integrar os ambientes interno (intrapessoal), externo (interpessoal) e criado (estratégias resilientes ou de *coping*) que influem e são perpetuamente influenciados pelo estado de bem-estar do cliente. Na presença de stressores ou “estímulos produtores de tensão” (Tomey & Alligood, 2004, p. 338), dependendo do seu potencial perturbador, o sistema do cliente reage em determinado grau, no sentido da integração, estabilidade (saúde) ou, no sentido oposto (entropia), num processo de esgotamento energético e de desorganização, que desloca o sistema no sentido da doença. Tal significa que cada sistema de cliente desenvolve uma variedade normal de respostas, designada de linha de defesa normal ou padrão, em virtude do qual se mede o desvio de saúde.

Tendo em consideração a situação clínica de Diego foram já anteriormente reconhecidos os distintos fatores de *stress* intra, inter e extrapessoais. Acredita-se que a desorganização que estes ocasionaram no cliente, enfraquecendo o *coping* protetor, culminou num desequilíbrio funcional.

Escrutinando o metaparadigma da enfermagem de Neuman (envolvendo os conceitos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem) preconiza-se o alcance de uma estabilidade ótima (homeostasia) e uma intervenção aos níveis da prevenção da desadaptação, do restabelecimento da adaptação e/ou da sua manutenção. À luz da teórica, o enfermeiro é tido como “participante ativo com o cliente e como estando relacionado com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos stressores” (Tomey & Alligood, 2004, p. 342). Nesta sequência, postula-se que a abordagem do enfermeiro deva ser unificada, regendo-se pelo Processo de Enfermagem.

Atendendo à informação explicitada anteriormente, poder-se-ão então gerar diagnósticos inerentes aos focos de índole psiquiátrico, a ter em atenção. Os seguintes, são descritos de acordo com o preconizado pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® versão 2 (Ordem dos Enfermeiros, 2014), tendo sido, também, tida em conta a perspetiva e sistematização de Sequeira (2006). As Intervenções de Enfermagem reger-se-ão pela taxonomia proposta pela NIC (McCloskey & Bulechek, 2004) e os correspondentes Resultados de Enfermagem esperados (ganhos em saúde) pela NOC (Johnson, Maas, & Moorhead, 2004). Veja-se o Quadro 2.

Quadro 2: Plano de Cuidados do cliente Diego

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de resultado (esperado)
<p><i>Risco de Agressão, dirigida a si próprio ou a terceiros</i></p> <p>(associado a medo extremo de abandono, disposição depressiva, recurso a gestos suicidas para manipulação necessidades de dependência não satisfeitas, baixa de auto-estima)</p>	- Observar a linguagem corporal e comportamento do cliente, mediante a prática de atividades de rotina e de interação.	<ul style="list-style-type: none"> - Evicção de comportamento física ou emocionalmente abusivo. - Controlo dos impulsos. - Expressão adequada da raiva. - Procura da equipa previamente à passagem ao ato. - Identificação da etiologia do comportamento agressivo. - Recurso a mecanismos de <i>coping</i> adaptativos.
	- Perceber as necessidades do cliente e como este as manifesta.	
	- Estabelecer um contrato oral pelo qual o cliente compromete-se a procurar um elemento da equipa caso lhe ocorram ideias destrutivas.	
	- Encontrar um equilíbrio entre tolerância e controlo.	
	- Proporcionar formas de alívio de ansiedade e gestão da agressividade (técnicas socio-recreativas ou de relaxamento).	
	- Agir como modelo para a expressão apropriada da raiva.	
	- Promover a utilização de mecanismos de <i>coping</i> eficazes.	
	- Disponibilizar a presença para acompanhamento contínuo.	
	- Retirar do alcance do cliente objetos potencialmente perigosos, aumentando a segurança.	
	- Estimular a expressão de sentimentos associados à consumação de atos mutilatórios.	
	- Reforçar positivamente as tentativas de retificação do comportamento.	
	- Gerir a contenção química.	
	- Assistir, assertivamente, em situação de crise.	

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de resultado (esperado)
<p><i>Luto Disfuncional</i> (associado a privação materna durante a fase de desenvolvimento, internalizado como perda)</p>	- Estabelecer limites para comportamentos de acting-out.	<p>- Adaptação Psicossocial. - Controlo da agressividade. - Gestão da culpa. - Decréscimo de ruminações.</p>
	- Transmitir uma atitude de aceitação, possibilitando a expressão emocional.	
	- Identificar o propósito para o qual a raiva ou a frustração servem para o cliente.	
	- Explorar com o cliente a verdadeira origem da raiva, mediante o estabelecimento de uma relação terapêutica.	
	- Proporcionar a tomada de consciência de questões ainda não resolvidas.	
	- Clarificar os comportamentos associados a um processo de luto não patológico.	
	- Ajudar o cliente a expressar-se apropriadamente.	
	- Proporcionar reforço positivo face a comportamentos considerados desejáveis (não hostis).	
<p><i>Identidade Pessoal perturbada</i> (associada a falha na consecução do processo de individuação, ego imaturo, necessidades de dependência não satisfeitas, abandono por modelo parental)</p>	- Promover coping eficaz.	<p>- Verbalização do sistema de valores individuais. - Cessação do recurso a projeções. - Reconhecimento de conflitos interpessoais versus intrapessoais. - Validação da existência do eu sem necessidade de recurso a mutilações. - Fortalecimento dos fracos limites do ego. - Diminuição do receio de abandono.</p>
	- Coadjuvar o cliente na clarificação do seu sistema de valores através da discussão de crenças, atitudes e sentimentos subjacentes aos seus comportamentos.	
	- Reforçar sentimentos de valorização pessoal mediante atitudes de aceitação.	
	- Promover a autorresponsabilização.	
	- Apoiar na tomada de decisão.	
	- Proporcionar orientação antecipada.	
	- Confrontar o cliente com afirmações pelas quais projeta os seus sentimentos nos outros.	
	- Explorar estratégias adaptativas de reconhecimento da sua real existência.	
	- Promover a confirmação da identidade mediante o recurso ao toque (terapêutico).	
	- Assegurar ao cliente que não será deixado sozinho.	

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de resultado (esperado)
Autoestima diminuída (associada a necessidades de dependência não satisfeitas, <i>feedback</i> negativo constante, sistema familiar disfuncional)	- Promover a independência no cumprimento das responsabilidades pessoais e na tomada de decisão em matéria de autocuidado.	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizações de autoaceitação. - Aceitação das limitações pessoais. - Realização de papéis de significado pessoal. - Aceitação da crítica construtiva. - Diminuição/cessação de comportamentos manipulativos. - Persistência na consecução das metas estabelecidas. - Descrição de sucessos pessoais. - Equilíbrio entre a participação e escuta num grupo.
	- Proporcionar reforço positivo a comportamentos que exprimem independência e a sucessos alcançados.	
	- Coadjuvar o cliente na identificação de aspetos positivos de si próprio.	
	- Promover a melhoria da autoperceção através do autoexame crítico dos seus sentimentos, atitudes e comportamentos.	
	- Investigar com o cliente as razões da culpa.	
	- Auxiliar o cliente a estabelecer metas realistas a curto, médio e longo prazo.	
	- Estabelecer limites para comportamentos manipuladores, expondo as consequências em caso da sua violação.	
	- Assegurar a aceitação do cliente e seus sentimentos de autovalorização.	
	- Providenciar suporte emocional.	
	- Incrementar um sistema de apoio de retaguarda.	
	- Incentivar a socialização.	
	- Transmitir confiança nas capacidades do cliente em aceitar e lidar com os desafios diários.	
	- Orientar a família sobre a relevância do seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo do seu familiar (cliente).	
	- Orientar a família no estabelecimento de expectativas claras e na definição de limites face ao familiar (cliente).	
	- Promover o reconhecimento familiar face às conquistas do cliente.	

ESTUDO DE CASO

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de resultado (esperado)
<p><i>Interação Social comprometida</i> (associada a medo extremo de abandono ou de envolvimento simbiótico e a uma identidade pessoal perturbada)</p>	- Encorajar o cliente a examinar e reconhecer comportamentos de vinculação excessiva/distanciamento, assim como o padrão de clivagem inerente.	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição/cessação da clivagem da equipa. - Retoma das interações sociais. - Participação nas atividades recreativas. - Estabelecimento de relações gratificantes. - Retoma da vida ativa.
	- Explorar com o cliente sentimentos relacionados com os medos de abandono e submersão.	
	- Coadjuvar o cliente a compreender o impacto destes comportamentos na manutenção de relações sociais satisfatórias.	
	- Ajudar o cliente a trabalhar no sentido de alcançar noções de constância do objeto.	
	- Proporcionar sentimentos de segurança, demonstrando disponibilidade, sem todavia reforçar comportamentos dependentes.	
	- Encorajar a expressão emocional.	
	- Promover a socialização.	
	- Instruir sobre estratégias promotoras de interação social (comunicação, contacto, abordagem).	
	- Promover a mudança comportamental visando as habilidades sociais.	
	- Envolver as pessoas significativas.	
	- Supervisionar a interação social.	

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de resultado (esperado)
<p><i>Coping ineficaz</i> (manifestado por resiliência comprometida, dificuldade em manter padrão de respostas positivas em situação de crise e <i>distress</i> emocional)</p>	- Oferecer escuta ativa.	<p>- Verbalização de sentimentos de controlo da situação.</p> <p>- Regulação emocional.</p> <p>- Identificação e adoção de mecanismos de <i>coping</i> eficazes.</p> <p>- Verbalização da necessidade de ajuda.</p>
	- Encorajar a ventilação emocional e de experiências geradoras de stress.	
	- Explorar em conjunto os métodos anteriormente utilizados para lidar com os problemas (padrão usual de resposta).	
	- Incrementar a consciência de padrões de pensamento e comportamento não adaptativos.	
	- Apoiar a utilização de mecanismos de defesa apropriados.	
	- Encorajar a verbalização de perceções, medos e sentimentos.	
	- Ajudar a identificar as forças e habilidades.	
	- Desenvolver competências de controlo de impulsos, de tolerância de mal estar e de consciencialização.	
	- Promover a identificação de estratégias de coping e a sua eficácia.	
	- Executar a reestruturação cognitiva.	
	- Promover o treino de estratégias, habilidades e capacidades pessoais que possam ser usadas para a resolução de problemas.	
	- Oferecer assistência no momento decisório.	

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Indicadores de resultado (esperado)
<i>Processos familiares alterados, disfuncionais</i>	- Avaliar a qualidade das relações familiares e a dinâmica familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - Transformação do padrão de relação familiar. - Funcionamento familiar. - Ventilação emocional. - Adaptação psicossocial.
	- Promover do envolvimento familiar.	
	- Fomentar o vínculo entre os elementos da família.	
	- Providenciar suporte emocional.	
	- Mediar eventuais conflitos conjuntamente com a equipa de saúde.	
	- Diminuir o caos relacional, providenciando o aumento de competências de eficácia interpessoal em situação de conflito.	
	- Ajudar no estabelecimento de metas mútuas.	
	- Providenciar aumento do sistema de apoio.	

2.3 Avaliação das Intervenções

Numa perspetiva de continuidade, procedeu-se à avaliação das intervenções (individuais e em grupo) encetadas face a cada diagnóstico de enfermagem levantado.

- *Risco de Agressão, dirigida a si próprio ou a terceiros*

No decurso do internamento e estando quimicamente contido, o Diego não revelou agressividade expressa/latente. Todavia, foi promovido um espaço catártico para exploração do significado do comportamento agressivo dirigido à figura materna que motivou o internamento.

Não se constatou ocorrência de comportamentos autolesivos ou hostis dirigidos a terceiros. Demonstrou estabelecer contacto ajustado com pares e participou em atividades terapêuticas, com especial agrado nas sessões de relaxamento e passeio.

Registou-se episódio de agressividade na reunião familiar de 29 de abril, reagindo com frustração/zanga quando a sua opinião não foi validada. Recorreram-se a estratégias de *de-escalation*, com pouco efeito, culminando com alta contra parecer médico.

- *Luto Disfuncional*

Manifestou melhoria da passividade inicialmente observada no que concerne à expressão emocional e comunicação dos seus pontos de vista.

Para o cliente, “o amor pelo Pompeu não é o problema... O verdadeiro problema é a raiva que sinto pela minha família, com exceção do meu pai, que já é passado. Eu culpo a minha família por tudo o que aconteceu durante a minha vida. A forma como eu trato a minha mãe não tem a ver com o meu cão, mas sim com a maneira que ela se desligou da minha vida, isto é um sentimento que eu também sinto com os meus irmãos. O facto de eu nunca ter expressado este rancor fez-me ficar fora de controlo ao ponto de fazer a minha mãe e o meu cão sofrerem. Eu gosto de ter o controlo de tudo à minha volta. Isolei-me por medo de abandono” (sic).

- *Identidade Pessoal perturbada*

Presença de acentuado sofrimento psicológico com (aparente) forte influência da componente emocional sobre a funcionalidade. Manteve pensamentos intrusivos ansiosos com o bem-estar do cão patente nas afirmações: “Ele pode ser atropelado quando vai à rua quando corre atrás dos gatos. Estou sempre a pensar que isto pode acontecer” (sic). Demonstra comportamento psicótico paranóide no que se refere à interação com o cão

Pompeu, no qual se projeta a si próprio: “O amor que tenho por ele é natural: é como se fosse meu filho. Se o Pompeu morresse eu sentiria-me perdido e sem vontade de viver porque ele é tudo para mim” (sic).

Estes pensamentos parecem ter caráter egossintónico, não ocorrendo qualquer tentativa do cliente em afastá-los. Não considera que seja uma preocupação anormal, mas foi admitindo algum exagero.

▪ *Autoestima diminuída*

Constatou-se uma melhoria a nível da circunstancialidade do discurso, tendo todavia mantido uma perseveração ideativa em torno de ideias autodepreciativas com melhoria da crítica para este facto. No entanto, continuou a desvalorizar a diminuição do funcionamento e a demonstrar uma preocupação pueril em relação ao seu futuro, sem manifestar compromisso e objetivos consistentes a serem alcançados. Para o cliente, “eu sempre fui uma pessoa triste e pouco animada, não sinto as coisas boas com grande intensidade, parece sempre que há alguma coisa a puxar para baixo. Eu sempre quis estar em casa e não ter horários de trabalho, por isso não tem mal, estou como gosto” (sic).

▪ *Interação Social comprometida*

Inicialmente, manifestou grande sensibilidade, relevando-se apelativo, adesivo e desconfiado, centrando as suas queixas na rejeição e desvalorização por parte da família.

Com a implementação das intervenções, foi-se verificando maior facilidade a nível da socialização e expressão de sentimentos e conflitos internos em atividades grupais. Iniciativa progressiva para a interação. Estabeleceu relacionamentos de exclusividade (contacto privilegiado com par do sexo masculino da mesma idade), procurando aceitação, reconhecimento e aliança com os técnicos.

Trabalhada a relevância do desenvolvimento das habilidades sociais no seio da família e sociais. Foram promovidas visitas ao exterior do serviço, não tendo sido verificadas intercorrências.

▪ *Coping ineficaz*

De salientar que inicialmente o cliente revelou uma atitude defensiva mantendo-se resistente ao processo, abordando pequenos aspectos da sua vida. Inicialmente hiperfocado na problemática de outros clientes, sendo esta a sua estratégia defensiva para não aceder aos seus conteúdos. Procurou então propiciar-se a mudança terapêutica pela criação das condições de

aceitação de si mesmo.

A intervenção passou por atividades que implicassem a expressividade e a elaboração emocional. Procurou fomentar-se a possibilidade do cliente ventilar as suas angústias visando o desenvolvimento da capacidade de enfrentar situações desestabilizadoras de forma mais adequada. Conjuntamente com outros elementos da equipa de saúde, designadamente em parceria com a psicóloga assistente, pretendeu alcançar-se um grau de elaboração pessoal com intuito de aumentar a eficácia adaptativa do Diego.

O cliente utiliza a clivagem do ego como função defensiva e na redução da ansiedade. Face às dificuldades, foram trabalhadas questões inerentes à autorregulação, resiliência, mentalização e *empowerment*. Progressivamente, foi apresentando crítica para o psicopatológico, embora tenha-se revelado difícil avaliar a consistência destas mudanças.

A 24 de abril, na sequência da assistência de uma tentativa de suicídio de outro cliente, revela desconforto e considera este evento um gatilho que fê-lo relembrar-se de acontecimentos perturbadores. Incentivado a focalizar-se nos projetos futuros, com pouco efeito. Desde então, exhibe quadro ansioso crescente associado à dificuldade em entender a necessidade do internamento ser mais consolidado. Por ter requerido alta precocemente, não conseguiu reaplicar-se o instrumento EDRE para avaliação do resultado das intervenções.

▪ *Processos familiares alterados*

De acordo o próprio, “a minha família tem medo de mim e pensa que sou um monstro” (sic). Quando confrontado com o que poderia eventualmente suceder caso a tentativa de suicídio (decorrente do homicídio da mãe) fosse mal sucedida, respondeu “ia para a cadeia” (sic), com pouco envolvimento emocional ou ressonância afetiva. Refere um ambiente familiar conflituoso e desestruturado. Mostrou alguma consciência da forma como a sua vida familiar foi perturbadora, foi fazendo alguma crítica face ao seu funcionamento nos últimos anos e reconheceu a necessidade de implementar mudanças.

Recusou constantemente a presença dos irmãos no decurso do internamento.

Inserida no seio da equipa multidisciplinar, colaborou-se na programação e realização de uma reunião familiar para a qual foram convidados os elementos da família nuclear. Os irmãos de Diego declinaram o convite por motivos profissionais.

A mencionada reunião decorreu a 29 de abril, na presença do cliente Diego, sua mãe, psiquiatra e psicóloga assistentes e um elemento da equipa de enfermagem. Foi solicitado que a mãe descrevesse o problema do cliente, tendo aquela relevado excessiva preocupação do filho com o cão Pompeu, as oposições violentas (designadamente a agressividade verbal) e o

isolamento social. Alertou para o facto de “desde a adolescência que tenho medo de falar com ele, medo da reação violenta dele” (sic) e a dificuldade do filho no cumprimento de regras e respeito dos limites, patentes na afirmação “ele manipula-me” (sic). Mãe pouco contentora, pelo que foi abordada a necessidade imperiosa de colocar limites na relação e promover a diferenciação de papéis entre ela própria e o filho. O Diego foi interrompendo constantemente o discurso da mãe na tentativa de justificar-se. No entanto, assentiu, concordando com a maioria dos problemas enunciados, verbalizando vontade de “ter atividade e fazer amigos” (sic). O cliente reforça o facto de considerar que a mãe o abandonou na medida em que “estava sempre a trabalhar e quando chegava a casa ficava só a ver novelas e não falava comigo” (sic).

Apurou-se grande ideação do projeto pós-alta, minimizando as dificuldades. Quando questionado sobre o que seria um projeto terapêutico consistente, o Diego aludiu “ir para casa, arranjar amigos, fazer atividades e vir desabafar com a psicóloga” (sic). Para a mãe, seria “fundamental” (sic) “fazer a medicação e reunir com a psicóloga” (sic) bissemanalmente. Todavia, antecipa dificuldades que o filho não reconhece “ele pensa que vai ser tudo fácil mas a vida é difícil...” (sic).

Procuraram desmistificar-se crenças no *follow-up* posterior, enfatizada a relevância da consulta de psiquiatria e introduzida a possibilidade de referenciação para o Hospital de Dia. Face às sugestões da equipa, o cliente procura estabelecer compensações (como usufruir do computador pessoal e da presença diária do cão) sob risco de alta contra parecer médico. Perante a imposição de regras, permanece irredutível e revela-se irascível, ocorrendo uma escalada de agressividade verbal: “estou farto do cheiro a mijo e a merda. Eu quero liberdade. O que eu faço aqui posso fazer em casa. Eu estou bastante melhor mas a cena é que se continuar aqui a minha raiva e a angústia vão aumentar. Tenho consciência dos meus problemas mas sinto que o internamento já não está a ser vantajoso. Estou farto. Dá-me a sensação que não confiam que eu vou mudar. Não confiam em mim” (sic). A intervenção remeteu para a devolução ao Diego da possibilidade de ele elaborar os sentimentos ao invés dar primazia à hipótese de fuga. No entanto, após negociação infrutífera com a equipa e alertado para a inviabilização do projeto terapêutico, o cliente opta pela interrupção do regime de internamento, ciente dos riscos daí decorrentes.

Dados os acontecimentos, não conseguiu proceder-se à realização de uma segunda psicofigura de Mitchell, com intuito de avaliar as intervenções encetadas.

3 DISCUSSÃO

O Modelo dos Sistemas de Neuman emerge como recurso conceptual relevante para a prática de uma Enfermagem Avançada, pelo facto de fornecer “importantes linhas de orientação para a apreciação do sistema do cliente” (Tomey & Alligood, 2004, p. 353). Este modelo conceptual é, aliás, coerente com o pensamento sistémico holístico da enfermagem.

Tendo por fundamento as asserções do Modelo dos Sistemas, a análise compreensiva da problemática do Diego pressupõe o cuidado fenomenológico pelo qual se penetra na própria visão do cliente, se apreende o seu modo de sentir, pensar, sofrer e agir e se atende às suas experiências interiores. Nesta sequência, procurou avaliar-se o cliente enquanto sujeito e simultaneamente como objeto que se escrutina a si próprio. Este trabalho de compreensão revelou-se árduo, dado implicar “estar atento a tudo quanto, vindo do outro, se pode tornar significativo” (Pio Abreu, 2011, p. 23). De facto, as autodescrições verbais e escritas do cliente, as suas posturas e comportamentos foram tornando possível a construção do *puzzle* cujos nexos se expuseram em momentos de interação. Emergiu pois a necessidade de estabelecer-se uma relação interpessoal de ajuda, onde, numa ótica sistémica, o cuidar fosse efetivado sempre que o enfermeiro penetra e procura compreender, na sua plenitude, o quadro de referência do cliente (reconhecimento da singularidade) e sua realidade subjetiva.

De uma forma global, as dificuldades sentidas na consecução desta interação radicaram na inibição, no reduzido controlo emocional (que poderá ter promovido a elaboração de juízos de valor) e na eventual mobilização desajustada dos conteúdos lecionados (suporte teórico escrito em forma de guião) capazes de permitir atuar eficazmente face ao cliente. Nesta sequência de ideias, indaga-se se estes aspetos poderão ter-se repercutido na atuação. Salientam-se como possíveis aspetos negativos a diminuída credibilidade (dada a dificuldade sentida em incutir segurança e confiança), o ter-se descurado a clareza (nem sempre a mensagem poderá ter sido objetiva, simples e dita de forma segura, reduzindo ao máximo a hipótese de interpretações com sentido errado) e a não adequação e pertinência (seleção do momento oportuno em que se forneceu informação).

Acredita-se que os mundos do cliente e do enfermeiro parecem funcionar como caixas-de-ressonância que pertencem ao campo terapêutico, na medida em que são tocados e ativados pelos termos do encontro. Para tal serão necessários meios para dinamizar esse campo, mediante técnicas de comunicação e de desconstrução das mensagens transmitidas. Considera-se que a este respeito, o esforço de aplicá-las no sentido de uma avaliação mais concreta e da obtenção de um “produto informativo” mais rico possa ter sido descurado. Tal poderá provavelmente radicar na dificuldade em recorrer-se a estas técnicas no momento

oportuno, bem como na parca experiência em estabelecer uma efetiva Relação de Ajuda (distinguindo-a de simples diálogo). As características do entrevistador, como as suas crenças, valores, sensibilidade e estado emocional no momento da entrevista, podem interferir nos fenómenos observados. Neste sentido, as fontes de erro decorrentes da aplicabilidade da entrevista, podem ser associados ao enfermeiro ou à interação que este estabelece com o cliente. Reflete-se agora, *a posteriori*, se as características pessoais possam ter conduzido à manipulação das respostas obtidas e, portanto, à obtenção de algum viés.

A interrupção do processo terapêutico com o término prematuro do internamento por parte do cliente resultou em insatisfação pessoal, internalização de zanga e culpabilidade por não ter-se proporcionado um ambiente de maior contingência afetiva. Questiona-se se na etapa inicial em que se privilegiaram as intervenções de suporte para consolidar a aliança terapêutica as opções foram adequadas. De facto, deserções como a do Diego poderão alertar para a eficácia das intervenções terapêuticas. Ter-se-ão tido em consideração as verdadeiras necessidades do cliente? Acredita-se, todavia, que as características transferenciais de hostilidade e a dificuldade de vinculação do cliente possam ter sido preditores do *dropout* verificado.

No que às aprendizagens diz respeito, salienta-se que importa que o campo de entrevista seja configurado pela personalidade, psicopatologia e história de vida do cliente. Releva-se, igualmente, o facto de ter-se dado conta que a entrevista poderá ser um fim em si mesmo mas também uma forma preliminar para algum tipo de avaliação ou um preâmbulo para a oferta de algum tipo de ajuda. Ressalva-se ainda a importância de se investir na plataforma comunicativa, focalizando-se o interveniente na compreensão acurada e em algumas formas de suporte verbal como a clarificação, as perguntas exploratórias, a reformulação e a síntese. Tais instrumentos contribuirão para a disponibilização de ajuda validante, acrítica e empática. Perspetivando as intervenções, procuraram trabalhar-se as dimensões cognitivas, emocionais e comportamentais dos fenómenos de agressividade que motivaram o internamento do cliente. Acredita-se, aliás que as experiências traumáticas do cliente parecem ter aumentado a vulnerabilidade aos agentes stressores. Com efeito, a ênfase na gestão otimizada dos processos emotivos visando um funcionamento psicossocial adaptativo, revelou-se crucial. No domínio relacional, privilegiaram-se a gestão emocional, o aconselhamento e a otimização dos mecanismos adaptativos individuais, visando um impacto positivo no estabelecimento de relações gratificantes e um modo de funcionamento mais satisfatório e desenvolvido. No que concerne à família, teria sido frutífero a promoção do seu envolvimento numa fase mais precoce para poderem alcançar-se os indicadores de saúde estabelecidos.

Num cômputo geral, apreendeu-se que a obtenção de uma apreciação de qualidade assume particular relevância, se se considerar que sobre ela se edificará o planeamento dos cuidados centrados no cliente, necessário à consecução de um projeto terapêutico eficaz.

4 CONCLUSÃO

Encontra-se implícito no modelo de Neuman, o estabelecimento de um encontro cuja índole radica na relação *per se*.

No campo terapêutico, cliente e o enfermeiro, não podem envolver-se sem se implicarem reciprocamente, tanto na diferença como na semelhança. Não obstante as dificuldades sentidas e refletindo o que foi vivido em interação, crê-se que esse encontro favoreceu crescimento pessoal e profissional. De facto, este dialogismo relacional potenciou o autoconhecimento ao exigir clareza e aceitação individual, enquanto condição essencial para que se perceçione o outro como é, na sua unicidade. Foi possível a aquisição de competências comunicacionais e terapêuticas que, a serem aprimoradas com o tempo, serão fundamentais para uma intervenção especializada em saúde mental.

O recurso à metodologia científica que sustenta o processo de enfermagem possibilitou o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, visando a melhoria dos cuidados e maximização dos resultados de saúde. Sendo este um pré-requisito para a excelência, importa continuar a desenvolver uma atitude de carácter reflexivo e análise crítica, qualidades essenciais do enfermeiro perito.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Andrade de Carvalho, A., Mateus, P., & Xavier, M. (2016). *Portugal: Saúde Mental em Números - 2015. Programa Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Baker, P. (2004). *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing: in search of the whole person* (2nd ed.). Cheltenham: Nelson Thornes, Ltd.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of Experience - Related and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology and the Therapeutic Process*. Washington: American Psychological Association.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1º Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (G. Toletti & M. Vieira, Trans.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original francês L'Intervention Therapeutique - Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière, Inc.).
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de intervenção*. (G. Toletti & M.C. Vieira, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Traduzido do original francês L'Intervention Thérapeutique - Stratégies d'intervention, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière Inc.).
- Cohen, P., Crawford, T., Johnson, J., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorder*. 19 (5), pp. 466-486. DOI: 10.1521/pedi.2005.19.5.466.
- Coimbra de Matos, A. (1994). Estados-limite: Etiopatogenia, patologia e tratamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 12, pp. 132-153.
- Costa, M., Mota, C., & Milheiro, C. (2013). Abordagem psicodinâmica em um estudo de caso sobre o transtorno de personalidade borderline. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. 15 (3), pp. 19-33. Acedido em 29-04-2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/02.pdf>.
- Dziopa, F., & Ahern, K. (2009). Three Different Ways Mental Health Nurses Develop Quality

- Therapeutic Relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, pp. 14-22. DOI: 10.1080/01612840802500691.
- Ferreira, F., & Florido, P. (2011). Situações de agitação e violência: realidade numa unidade de doentes agudos. *Psílogos*, 9 (1), pp. 28-34. .
- Guerra, C., Von Doellinger, O., & Coelho, R. (2014). Personalidade Borderline: Dos Limites do Self aos Limites do Corpo. *Psílogos. Vol.12 (1)*, pp. 72-79.
- Gunderson, J. G. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide (2nd ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, pp. 1-9. DOI <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.132.1.1>.
- Hage, S., Van Meijel, B., Flutters, F., & Berder, G. (2009). Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: what are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, pp. 661-669. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01454.x.
- Harrison, P., Geddes, J., & Sharpe, M. (2006). *Psiquiatria - Guia Prático de Medicina*. (F. Fonseca, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores.
- John, O., & Gross, J. (2007). Individual differences on emotion regulation. In J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (pp. 351-372). New York: The Guilford Press.
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Porto Alegre: Artmed (Tradução do original do inglês Nursing outcomes classification, 2000, New York: Mosby Inc.).
- Kernberg, O. (1986). Borderline personality organization. In M. H. Stone (Ed.), *Essential papers on borderline disorders: One hundred years at the border*. New York: New York University Press.
- Lima, M., & Albuquerque, I. (2006). Personalidade na idade adulta: O contributo dos projectos pessoais. *Psicologia, educação e cultura*. 10 (2), pp. 245-266.
- Liu, J., Lewis, G., & Evans, L. (2013). Understanding aggressive behaviour across the lifespan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, pp. 156-168. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2012.01902.x.
- Martins, L. (2004). A natureza histórico-social da personalidade. *Educação & Sociedade*. 24 (2), pp. 82-99.
- McAdams, D., & Olson, B. (2010). Personality Development: Continuity and Change over the Life Course. *Annual Review of Psychology*, 61, pp. 517-542. DOI:

- 10.1146/annurev.psych.093008.100507.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (3ª ed.). (R. Garcez, Trad.) Porto Alegre: Artmed (Tradução do original do inglês Nursing interventions classification NIC, 2000, New York: Mosby Inc.).
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico. Compreender a estrutura da personalidade no processo clínico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moilanen, K. L., & Rambo-Hernandez, K. E. (2015). Effects of Maternal Parenting and Mother-Child Relationship Quality on Short-Term Longitudinal Change in Self-Regulation in Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 35 (1), pp. 1-24. DOI: 10.1177/0272431615617293.
- Moneta, I., & Rousseau, C. (2008). Emotional expression and regulation in a school-based drama workshop for immigrant adolescents with behavioral and learning difficulties. *The Arts in Psychotherapy*, 35, pp. 329-340. DOI: 10.1016/j.aip.2008.07.001.
- Neumann, A., van Lier, P., Gratz, K., & Koot, H. (2010). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation Difficulties in Adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Sage*, 17 (1), pp. 138-149. DOI: 10.1177/1073191109349579.
- Nogueira, S. (2006). *Aconselhamento Psicológico como Experiência de Crescimento em Direcção à Maturidade: uma proposta de clarificação do desafio de Carl Rogers*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *CIPE Versão 2011 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Traduzido do original em inglês ICPN - International Classification for Nursing Practice, 2013, Genebra: ICN).
- Pereira, P., & Rebelo Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*. 18 (2), pp. 61-73. Acedido a 12-12-2015. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_61_73.pdf.
- Phaneuf, M. (1995). Relação de Ajuda - elemento de competência da enfermeira. 1º Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro & R. Salgueiro, Trads.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.

(Traduzido do original em francês Communication, entretien, relation d'aide et validation, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière, Inc.).

Pio Abreu, J. L. (2011). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ribeiro, L. (2010). Limitações na Avaliação da Perturbação de Personalidade: Aspectos conceptuais e metodológicos. *Análise Psicológica*. 4 (XXVIII), pp. 651-663.

Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17, pp. 72-82. DOI 10.1016/j.avb.2011.09.006.

Rocha, A. (2008). *Relação de Ajuda no Ensino de Enfermagem*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Aveiro.

Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. In S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry* (pp. 398-416). New York: Basic Books.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Shattel, M., Starr, S., & Thomas, S. (2007). 'Take my hand, help me out': Mental health service recipients' experience oh the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*. 16 (4), pp. 274-284. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x.

Silva, A. S. (2014). *Patologia Borderline: Representações Relacionais e Vulnerabilidades do Self*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível no RCAAP.

Soure, F. (2011). Perturbação Borderline da Personalidade - Vinculação e Trauma. *Partilhas Clínicas: Reflexões sobre e para a prática clínica* (pp. 2-5). Lisboa: Oficina de Psicologia.

Sroufe, A. (1995). *Emotional Development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.

Streffgen, G., & Gollwitzer, M. (2007). *Emotions and Aggressive Behavior*. Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.

Teixeira, J. (2006). Introdução à Psicoterapia Existencial. *Análise Psicológica*. 24 (3), pp. 289-309.

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). (A. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures:

- Lusociência. (Tradução do original em inglês Psychiatric Mental Health Nursing - Concepts of Care in Evidence-Based Practice, 2009, Pennsylvania: F. A. Davis Company).
- Trull, T., Stepp, S., & Solhan, M. (2006). Borderline personality disorder. In F. Andrasik, *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology - Adult psychopathology. Vol. 2* (pp. 299-315). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Wolberg, A. R. (1973). *The borderline patient*. New York: Intercontinental Medical Book Corporation.
- Wolitzky, D. L. (2006). Psychodynamic Theories. In J. C. Thomas, & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology. (Vol.1)* (pp. 65-95). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J., Bradford Reich, D., & Silk, K. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 2108-2114. Acedido em 29-04-2015. Disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>.

APÊNDICE III_A:

*Escala de Dificuldades de Regulação Emocional
do cliente Diego*

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

(Tradução e validação para a população portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009)

Instruções: Por favor, indique com que frequência as seguintes informações se aplicam a si, com base na seguinte escala de 1 a 5, fazendo um círculo no valor selecionado, na linha ao lado de cada item.

1	2	3	4	5	
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)	
1. É claro para mim aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
2. Eu presto atenção a como me sinto	1	2	3	4	5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo	1	2	3	4	5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir	1	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
6. Sou atento aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
7. Sei exactamente como me estou a sentir	1	2	3	4	5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
9. Estou confuso acerca do que sinto	1	2	3	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções	1	2	3	4	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
12. Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito	1	2	3	4	5
14. Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo	1	2	3	4	5
15. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo	1	2	3	4	5
16. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido	1	2	3	4	5
17. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes	1	2	3	4	5
18. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar em outras coisas	1	2	3	4	5
19. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)

20. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas	1	2	3	4	5
21. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
22. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1	2	3	4	5
23. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco	1	2	3	4	5
24. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1	2	3	4	5
25. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
26. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	4	5
27. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5
28. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor	1	2	3	4	5
29. Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
30. Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio	1	2	3	4	5
31. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer	1	2	3	4	5
32. Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos	1	2	3	4	5
33. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5
34. Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir.	1	2	3	4	5
35. Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	2	3	4	5
36. Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	2	3	4	5

APÊNDICE IV
PLANIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM
CONTEXTO PSIQUIÁTRICO

“Para compreender, é necessário co-experienciar, actualizar as vivências do outro dentro de nós, na nossa interioridade.”
(Pio Abreu, 2011, p. 23)

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE	Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
EESMP	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>

LISTA DE ABREVIATURAS

cit. por	citado por
Dra.	Doutora
Enf. ^a	enfermeira
Enf. ^o	enfermeiro
et al.	e outros
p.	página
p. ex.	por exemplo
sic	segundo informação colhida

LISTA DE CARACTERES

'	minutos
''	segundos
α	alfa

ÍNDICE

1 PASSEIO AO EXTERIOR	11
1.1 Referencial Teórico	11
1.2 Participantes	13
1.3 Objetivos	13
1.4 Recursos	13
1.5 Duração da Atividade.....	13
1.6 Descrição.....	13
1.7 Avaliação sucinta da Intervenção.....	14
2 TÉCNICAS DE RELAXAMENTO.....	15
2.1 Substrato Teórico	15
2.2 Abordagens Físicas	17
2.2.1 RESPIRAÇÃO PROFUNDA	17
2.2.2 RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO	17
2.2.3 RELAXAMENTO NEUROMUSCULAR PASSIVO.....	18
2.2.4 EXERCÍCIO FÍSICO	18
2.3 Abordagens Psíquicas	19
2.3.1 CONSCIENCIALIZAÇÃO	19
2.3.2 IMAGÉTICA.....	20
2.3.3 VISUALIZAÇÃO (MENTAL) DIRIGIDA	21
2.3.4 TREINO AUTOGÉNICO	22
2.4 Sumário	23
2.5 Participantes	23
2.6 Instrumentos de Avaliação.....	24
2.7 Objetivos	27
2.8 Planificações das Sessões.....	27
2.8.1 SESSÃO 1 - RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON	28

2.8.2	SESSÃO 2 - RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON	38
2.8.3	SESSÃO 3 - TREINO AUTOGÉNICO DE SCHULTZ	41
2.8.4	SESSÃO 4 - TREINO AUTOGÉNICO DE SCHULTZ	47
2.9	Avaliação da Intervenção	50
2.10	Resultados.....	50
3	INTERVENÇÃO GRUPAL: “EVENTOS DE VIDA E EMOÇÕES”	54
3.1	Referencial Teórico	54
3.1.1	ABORDAGEM DAS EMOÇÕES.....	54
3.1.2	CONTRIBUTOS DAS TERAPIAS EXPRESSIVAS.....	55
3.1.3	CONTRIBUTOS DO PSICODRAMA MORENIANO	56
3.2	Participantes – Grupo “ <i>Pensar, Viver e Vencer</i> ”	59
3.3	Instrumentos de Avaliação	60
3.4	Objetivos.....	62
3.5	Planificação das Sessões.....	62
3.5.1	SESSÃO 1 - LINHA DE VIDA	62
3.5.2	SESSÃO 2 - GESTÃO EMOCIONAL: EXPRESSÃO DA ZANGA (PARTE I).....	66
3.5.3	SESSÃO 3 - GESTÃO EMOCIONAL: EXPRESSÃO DA ZANGA (PARTE II).....	69
3.5.4	SESSÃO 4 - GESTÃO EMOCIONAL: EXPRESSÃO DA ZANGA (PARTE III)	72
3.5.5	SESSÃO 5 - GESTÃO EMOCIONAL: EXPRESSÃO DA ZANGA (PARTE IV)	75
3.5.6	SESSÃO 6 - GESTÃO EMOCIONAL: CONCLUSÕES	78
3.5.7	SESSÃO 7 - GESTÃO EMOCIONAL: FINALIZAÇÃO	80
3.6	Avaliação da Intervenção	84
3.7	Resultados.....	84
4	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Instrumento STAY- forma Y ₁	26
Figura 2. Grelha de classificação do Sofrimento Emocional	61
Figura 3. Instrumento gráfico para monitorização da intensidade emocional de eventos de vida (Linha de Vida)	65
Figura 4. Instrumento de monitorização da vivência emocional (Dinâmica da Flor).	80
Figura 5. Dez pontos-chave sobre a Regulação das Emoções	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Plano da Sessão 1- Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson	29
Tabela 2. Plano da Sessão 2 - Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson	39
Tabela 3. Plano da Sessão 3 - Treino Autogénico de Schultz	42
Tabela 4. Plano da Sessão 4 - Treino Autogénico de Schultz	48
Tabela 5. Resultados referentes ao Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson	51
Tabela 6. Evolução da Ansiedade-Estado inerente às sessões de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson	52
Tabela 7. Resultados referentes ao Treino Autogénico de Schultz	52
Tabela 8. Evolução da Ansiedade-Estado inerente às sessões de Treino Autogénico de Schultz	53
Tabela 9. Plano da Sessão 1 - Linha de Vida.....	63
Tabela 10. Plano de Sessão 2 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte I).....	67
Tabela 11. Plano de Sessão 3 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte II)	70
Tabela 12. Plano de Sessão 4 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte III)	73
Tabela 13. Plano de Sessão 5 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte IV)	76
Tabela 14. Plano de Sessão 6 - Gestão Emocional: Conclusões.....	79
Tabela 15. Plano de Sessão 7 - Gestão Emocional: Finalização.....	81
Tabela 16. Resultados referentes aos níveis de sofrimento	84
Tabela 17. Resumo de resultados referentes aos níveis de sofrimento	85

1 PASSEIO AO EXTERIOR

1.1 Referencial Teórico

Sobressai da literatura que o Passeio ao Exterior insere-se no atual contexto da saúde mental enquanto estratégia favorecedora de conexões entre a referência institucional e o quotidiano. Da multiplicidade de asserções teórico-empíricas a visão predominante é a de que o Passeio surge da necessidade de operar-se no sentido de facilitar o estabelecimento de relações sociais em clientes em condição de isolamento e/ou que apresentem dificuldades em conduzir os seus projetos.

Noutras circunstâncias, sem desconsiderar as determinantes sociais do adoecer psíquico, o Passeio parece possibilitar uma aproximação a clientes pouco permeáveis às tradicionais formas de cuidado ou a propostas de trabalhos oficinais. Estudos levados a cabo recentemente revelam aliás que *“walking interventions have been shown to impact physical health, well-being”* concorrendo desta forma para a melhoria *“in indicators of physical health, activity level, social support, mental health and a high level of (...) satisfaction”* (Browne, Penn, Battaglini, & Ludwing, 2016, p. 651). Num cômputo geral, trata-se pois de um recurso igualmente válido em estados de crise (aguda) e em períodos crónicos de estagnação e angústia.

Para Alves de França (2009), a relevância reside no facto de o *setting* ambulatório proporcionar “situações e possibilidades terapêuticas auxiliares ou alternativas no tratamento em saúde mental” (p. 9). Para o autor, o Passeio encontra legitimação na esfera coletiva, catalogando-a de “(incipiente) atividade de grupo” (p. 9). Como aliás atesta “tudo passa pelo grupo” já que “as decisões individuais [são] comunicadas, recebidas, questionadas e transformadas coletivamente” (p. 36). Com a constituição de um grupo “as ruas (...) podem ser abertas e enfrentadas com mais facilidade” (Alves de França, 2009, p. 35).

Ainda nesta perspetiva, o foco do Passeio não parece centrar-se em exclusivo num diálogo; ao invés, exige um papel ativo dos intervenientes na escuta dos clientes e no fomento de competências pessoais e sociais (Alves de França, 2009). Propõe-se assim que para lá dos limites físicos da instituição de internamento a vivência do quotidiano possa ser terapêutica *per se*, por decorrer justamente no social. O autor preconiza que ao serem criadas condições favoráveis, o cliente constrói sentidos através do que produz no decurso do Passeio e poderá exercer, equilibradamente, a necessidade de controlo para escutar e fazer-se escutar.

Ribeiro (2009) corrobora Alves de França ao colocar a tónica na crença que “pode e deve tirar[-se] proveito dos mais diversos espaços, relações e situações para que o sujeito possa experimentar-se e incrementar suas maneiras de estar no mundo” (p. 80). A partir desta

premissa importa que no cuidado ao cliente com afeição psiquiátrica os “percursos guardem sentido e significação para aqueles que os fazem” (p. 82). Dito de outro modo, no Passeio acompanhado

as fronteiras (...) possuem plasticidade necessária para que o campo ou cenário de atuação sejam (...) os serviços de saúde mental ou locais públicos (...). Tampouco estas fronteiras se limitam ao trabalho clínico dual e interpessoal, mas à tentativa de transposição (...) das barreiras sociais e subjetivas, a fim de fazer dessa transposição a possibilidade de ressignificação concreta e simbólica desses espaços de pertencimento (Marinho, 2009, p. 10).

Nesta continuidade, ainda que se mantenha “um vínculo institucional que traz segurança” (Alves de França, 2009, p. 35), o campo de ação é o quotidiano, por meio do qual o cliente pode encontrar formas (autónomas) de condução da sua vida. Para Marinho (2009), trata-se de uma estratégia de territorialidade (espaço selecionado para a vida) no seu sentido mais fenomenológico e subjetivo (com todos os que nele transitam, com significados e signos), orientada pela multiplicação de trocas sociais com a comunidade local. Por conseguinte,

a arena das trocas relacionais é (...) a essência do projeto terapêutico, é o *locus* onde se inscreve a conceção do ser humano (...) [e pela qual se visa] cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, melhorar a qualidade de vida (...), produzir novos horizontes e significações na vida das pessoas (Marinho, 2009, p. 15).

Para a autora, o ónus do Passeio acompanhado reside na valorização pessoal, na subjetividade, na desconstrução da psicopatologia, na rede social que permeia o adoecer psíquico e na inclusão relacional. Trata-se portanto de, “no ato de acompanhar, promover uma terapia¹” (Pelliccioli, 2004, p. 82).

No que tange ao cliente e justamente por decorrer no social, o Passeio parece potenciar a emergência de inesgotáveis temas a serem discutidos, fomentar interpretações sobre o modo de estar no mundo e, a limite, a promover a integração/elaboração de vivências conducentes ao desenvolvimento de aptidões e disposições necessárias à emancipação (Ribeiro, 2009) (Pelliccioli, 2004). Com efeito, se se atender a que “circulação no mundo pode influenciar uma movimentação psíquica” (Ribeiro, 2009, p. 80), o Passeio parece contribuir para a reabilitação psicossocial. Isto é, ao promover-se o *empowerment*, a reinserção social e a melhoria da organização subjetiva dos clientes por meio da apropriação dos espaços públicos, concorre-se para o almejado processo de *recovery*. A corroborar esta informação encontra-se aliás descrito que “*recovery processes take place in everyday life (...) [and] are facilitated by having a meaningful life with meaningful activities, focusing on strengths and future orientation, and re-*

¹ Palavra grega cujo significado etimológico é *cuidado atento*.

establishing social life and supportive relationships” (Ness, Borg, Semb, & Karlsson, 2014, p. 2).

1.2 Participantes

Atendendo à relevância da atividade na saúde mental positiva, importa a inclusão de clientes com diagnósticos de enfermagem de *mecanismos de coping defensivos* ou com *interação social prejudicada* (International Council of Nurses, 2016). A sua participação é voluntária.

Não serão integrados clientes com funcionamento psíquico exacerbadamente desorganizado ou impedidos de participar pelas configurações do regime de internamento compulsivo.

1.3 Objetivos

- Desenvolver competências pessoais e sociais (p. ex. comunicacionais e gestão financeira);
- Favorecer a autonomia;
- Promover relações interpessoais satisfatórias;
- Potenciar a motivação do grupo;
- Proporcionar o contacto e o reconhecimento do meio exterior;
- Promover a saúde mental e a capacidade funcional dos clientes;
- Proporcionar momentos de lazer e recreação.

1.4 Recursos

Local acusticamente isolado, a fim de poder assegurar-se não somente a privacidade e sigilo dos conteúdos partilhados nos diversos Passeios como para evitar estímulos desnecessários.

Local privilegiado: jardim hospitalar

1.5 Duração da Atividade

30 a 40 minutos

1.6 Descrição

No seu decurso, importa procurar centralizar-se e organizar-se a comunicação para melhor compreensão da informação partilhada e discussão das questões colocadas.

A tónica residirá no ato reflexivo que decorre da observação, na construção dos próprios sentidos, na dinâmica das interações sociais. Efetivamente, tudo poderá ser apreciado, apropriado e representar a própria existência.

1.7 Avaliação sucinta da Intervenção

Sustentados nos princípios anteriormente explanados, importa salientar que foram encetados quatro momentos de Passeio acompanhado, decorridos nos turnos da tarde, mediante a supervisão de um enfermeiro especialista.

Globalmente pôde constatar-se o estabelecimento de uma interação grupal espontânea patente no estabelecimento de uma aliança colaborativa entre os clientes, na cooperação, na partilha e exploração emocionais (preocupações, sentimentos dolorosos, redução de fatores de *stress*). Nas discussões ulteriores, foi requerida a abordagem responsiva e continente, direcionada para o *aqui e agora* a fim de promover-se a orientação cognitiva e a consolidação de habilidades de interação social. No seu decurso verificou-se, grosso modo, uma participação ativa dos clientes (sem necessidade de estimulação prévia).

A questão da gestão financeira presentificou-se como parte da dinâmica social mediante compras efetuadas (lanche e tabaco). Neste âmbito, puderam igualmente trabalhar-se competências/habilidades sociais recorrendo-se ao reforço positivo e o *feedback* para respostas ajustadas.

A par da observação comportamental, foram ainda tidas em consideração expressões subjetivas dos clientes participantes face à indagação dos sentires após o término do Passeio. Foram reportados “sentimento de bem-estar” (sic), “renovação de energias” (sic), “liberdade” (sic), “sensação de paz interior” (sic), “alívio” (sic), “enriquecimento pessoal” (sic).

Pôde ainda apreender-se que “a posição subjetiva (de escuta ou percepção do lugar ou não lugar do acompanhado no mundo) é o substrato primordial do acompanhamento terapêutico. E é por meio desta posição e pelo que é afetado a ambos que é possível (...) a produção de ações criativas e transformadoras” (Marinho, 2009, p. 33).

Num cômputo geral, acredita-se que os Passeios efetuados têm potencial para permitir o acesso a novas territorialidades e assim ampliar os sentidos de vida dos participantes.

2 TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

2.1 Substrato Teórico

A ideia de que o *stress* constitui uma importante resposta do organismo a estímulos desafiantes é partilhada por numerosos autores. Em concreto, ao determinar ajustes psicofisiológicos e comportamentais, o *stress* viabiliza o enfrentamento.

Todavia, importa aduzir que algumas das linhas de investigação têm enfoque em experiências de transição desfavoráveis (como o estado de doença, a desmotivação, a imaturidade desenvolvimental, a desregulação emocional e um *background* social indisponível ou débil) e processos potenciadores ou intensificadores de *stress* que exercem influência nas avaliações subjetivas da qualidade de vida. De facto, a constância de um agente *stressor*, uma avaliação inconsistente da sua presença ou a inadequação de recursos de *coping* poderão determinar a saturação das habilidades de resistência e, a limite, a emergência de condições de angústia patológica ou a severidade da resposta inerente (Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos, & Paul, 2013) (Townsend, 2011). Nos contextos explanados, o *stress* surge negativamente relacionado com o bem-estar e com a perceção de controlo por acarretar maior vulnerabilidade psicofisiológica. Encontra-se aliás patente em Shah, Klainin-Yobas, Torres & Kannusamy (2014) que “*persistent, on-going and high levels of stress caused by various stressors can put one at risk for a mental disorder*” e que, recursivamente, “*the symptoms associated with the mental disorder can lead to further stress, depression and anxiety which can worsen the condition*”, ocasionando um ciclo disruptivo para o indivíduo (p. 94).

Integrado no âmbito da psicologia positiva e saúde mental, o estudo do relaxamento tem recebido uma incremental atenção pelas múltiplas vantagens do seu treino (Serra, 2007). Concetualmente, a experiência de relaxamento remete para sensação de tranquilidade, ausência de pensamentos perturbadores, atenuação da ansiedade e alívio da tensão musculoesquelética (Payne, 2003). Orientações empíricas propõem que o relaxamento reduz o crescendo fisiológico associado ao estado de *stress* pela inibição da excitabilidade simpática, ativação do sistema nervoso parassimpático e reativação do sistema límbico favorecendo assim “*calming effects and pleasant moods (...) which might help alleviate depression and anxiety*” (Shah, Klainin-Yobas, Torres, & Kannusamy, 2014, p. 95). Por conseguinte, numa visão integrativa, o método do relaxamento visa a neutralização da ansiedade com expressão somática (fisiológica), cognitiva e comportamental (ação observável) se se reconhecer que razão, emoção/afeto e comportamento estão intrínseca e intimamente conectados (Strongman, 2004). Parece pois razoável admitir-se que indistintamente à especificidade técnica das modalidades a que pode

recorrer-se, a indução do relaxamento tem por *core* a atenção à díade corpo-mente (Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos, & Paul, 2013).

Não obstante estas premissas, encontra-se documentado que *“knowledge is lacking about which self-help strategies are effective for mental health problems”* (Martorell-Poveda, Martinez-Hernández, Carceller-Maicas, & Correa-Urquiza, 2015, p. 1), pelo que importa o investimento conjunto na instrução e ensaio das distintas técnicas psicofisiológicas de relaxamento. No contexto psiquiátrico esta combinação *“could mitigate depression in people with posttraumatic stress disorder, adjustment disorder, pathological grief, and dysthymic disorder”* (Shah, Klainin-Yobas, Torres, & Kannusamy, 2014, p. 99). A este propósito diversos autores salientam que, contrariamente aos psicofármacos, a conjugação da psicoeducação e relaxamento é de custo efetivo reduzido, inócua, poderá conduzir à reestruturação cognitiva (pela modificação de padrões conscientes de pensamento), à automonitorização (pela assunção de uma visão mais objetiva de si próprio), portanto, à gestão do *stress*, ao funcionamento adaptativo e à resiliência (Gardiner, et al., 2015) (Shah, Klainin-Yobas, Torres, & Kannusamy, 2014) (Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos, & Paul, 2013).

À luz do presente quadro empírico, importa evidenciar que Martorell-Poveda et al. (2015) sugerem a adoção de um modelo de intervenção de autocuidado em saúde mental, sedimentado nos conceitos de *recovery*, autogestão e autoajuda e onde o cliente assume a centralidade e adota um papel pró-ativo. Tal significa que o participante, perspetivado como organismo que se autodetermina, “assume propriedade do estado que alcança e a responsabilidade dos progressos que obtém” (Payne, 2003, p. 19).

A ultimar e, indiferentemente da técnica experimentada, importa que no treino do relaxamento sejam satisfeitas os pressupostos teórico-práticos, como ser encetado em cenário ameno de ruído e com temperatura agradável, ser confortável às posições supina e de sentado, exigir o uso de roupa confortável e a introdução do método aos participantes (com intuito de fomentar a motivação e distanciar o receio do desconhecido). Paralelamente, há que adequar o tom e a intensidade de voz no decurso das instruções, ser-se supervisionado sob risco de se atingir exaustão emocional ou empatia exaurida, e submeter a intervenção a um processo avaliativo (Borges & Ferreira, 2013) (Payne, 2003).

2.2 Abordagens Físicas

2.2.1 Respiração Profunda

A evidência postula que as técnicas de relaxamento têm como vetor a respiração consciente profunda ou abdominal. Considerada a chave da regulação psíquica e “um antídoto contra o *stress*” (Davis, Eshelman, & McKay, 1996, p. 35), a respiração profunda é patognomónica da vigília parassimpática, responsável pela gestão do bem-estar corporal. Deste modo e orientados pelas proposições anteriores, é de esperar que a concentração progressiva nas rotinas respiratórias funcione como recarga de energia vital e seja eficaz na redução de estados de ansiedade (pela prevenção da hiperventilação), irritabilidade, angústia, tensão músculo-esquelética e fadiga (Davis, Eshelman, & McKay, 1996) (Townsend, 2011).

A consciencialização do padrão respiratório pressupõe então a exploração e o controlo voluntário dos movimentos torácicos e abdominais inerentes ao processo, a adoção de um ritmo lento (hipoventilação) a par da percepção de maior profundidade (promovendo-se assim um estado de moderada hipercapnia associada a letargia) e a eventual incorporação de imagens mentais (Payne, 2003).

Pelo exposto, importa que a reeducação respiratória seja treinável e autogerida preliminarmente à instituição de um programa de relaxamento induzido.

2.2.2 Relaxamento Muscular Progressivo

Idealizado por Edmund Jacobson, trata-se de uma modalidade sustentada na visão integrada corpo-mente e na reciprocidade da sua influência. Para o autor, a assunção de que a tensão fisiológica decorre de eventos indutores de ansiedade legítima que, recursivamente, a tensão muscular exacerbe o próprio estado de ansiedade. De modo semelhante, o relaxamento muscular reduz a tensão fisiológica e é inconciliável com a ansiedade se se atender à premissa que “a musculatura descontráida (...) [é] automaticamente acompanhada pela tranquilização dos pensamentos e redução da atividade simpática” (Payne, 2003, p. 36).

Escrutinando, a técnica consiste numa orientação fisiológica sistemática pela qual se fomenta a consciencialização da tensão contrátil (residual) dos distintos grupos músculo-esqueléticos pela sua geração/tonificação e suspensão/distensão na proporção 1/3'. Dito de outra forma, pelo reconhecimento dos níveis de tónus exercidos e posterior ajuste da intensidade da contração “em decrescendo” (Payne, 2003, p. 39) é possível alcançar um controlo discriminatório sobre a musculatura e atingir-se um estado de relaxamento profundo, total. Para Jacobson, a eliminação da tensão somática reflete-se consequentemente no domínio cognitivo, com efeito (ainda que indireto) na minimização dos níveis de ansiedade (Townsend,

2011).

Caracteristicamente, exige-se do indivíduo uma atenção minuciosa à percepção das sensações que vai descortinando a cada sessão, motivo pelo que se dirige a clientes conscientes/vigis. Idealmente, a técnica incide sobre quarenta e oito (48) grupos musculares, é de aprendizagem morosa (um a dois grupos/sessão) e não pressupõe que o profissional que a ministra exerça qualquer sugestionabilidade mental.

A exequibilidade prática da técnica determina uma inevitável adaptação no contexto clínico. Com efeito, é frequente o recurso à abordagem de Bernstein & Borkovec, pela qual o relaxamento é produzido por ciclos de contração e distensão musculares (na proporção 7''/40'') e potenciado pela inclusão da sugestão indireta. Em concreto e, de acordo com os autores, a sugestionabilidade parece incitar a consciencialização cognitiva da componente afetiva e reforçar a eficácia do desempenho muscular. A intensidade do relaxamento é função da força de contração única exercida, de tal forma a que uma forte tensão acarreta um relaxamento mais profundo (Payne, 2003).

A aprendizagem dos procedimentos supõe a clarificação prévia da lógica da técnica e a demonstração subsequente dos dezasseis (16) grupos musculares envolvidos, a fim de assegurar-se a compreensão e a adesão às sessões. Importa mencionar que esta abordagem é padronizada e regulada signos pré-determinados dirigidos (de que são exemplo as palavras *agora, libertar e relaxar*).

2.2.3 Relaxamento Neuromuscular Passivo

Conforme o divulgado em Payne (2003), esta modalidade consiste numa “revisão sistemática dos grupos de músculos esqueléticos” (p. 61) e na promoção da sua distensão pelo recurso à “focagem da consciência sensorial” (p. 62), isto é, pela evocação de sensações associadas ao alívio da tensão contrátil. Na globalidade, requer conhecimentos prévios da abordagem ativa de relaxamento ao implicar a memória dessas rotinas e a recordação das sensações associadas e pressupõe a emprego de imagens de calor e peso, portanto da sugestão.

2.2.4 Exercício Físico

A literatura ressalva que a medicação antipsicótica concorre com frequência para a deterioração das funções sociais e qualidade de vida, além de acarretar prejuízo da cognição. Neste contexto, múltiplos estudos reportam que “*regular physical exercise programs* [designadamente esquemas aeróbicos de baixa intensidade] *had a positive effect on psychiatric*

disorders such as anxiety disorders, depression [refratária a farmacoterapia], schizophrenia, somatoform disorders, dementia and substance abuse” (Acil, Dogan, & Dogan, 2008, p. 808), bem como em circunstâncias de “interpersonal sensitivity and hostility subgroups” (p. 811). E complementam, preconizando que o exercício determina “a decrease on depressive and psychotic symptoms and psychomotor agitations but increase on social skills of patients with schizophrenia” (Acil, Dogan, & Dogan, 2008, p. 809), assim como “provided a decrement in fears, unimportant thoughts (...) established a social communication atmosphere (...) and improve on sleep quality” (p. 813). Nestes clientes em particular, a regularidade do exercício físico parece assegurar um maior controlo ponderal e um incremento do autoconceito, com consequentes repercussões positivas na esfera interpessoal. Do mesmo modo, Pearsall, Smith, Pelosi & Geddes (2014) enfatizam a correlação positiva entre exercício e saúde mental ao aludirem a “positive effects on psychological well-being, quality of life and in the reduction of stress” (p. 2).

Num cômputo geral, sobressai portanto que a instituição de um programa de exercício confere benefícios psicofisiológicos, em particular na esferas emocional e cognitiva-comportamental, a par do seu valor protetor de recidiva psicopatológica. Nesta linha de pensamento, “*psychiatric nurses is an important group serving in encouraging inpatients to practicing physical exercise and after their discharging from hospital, serving in adapting those exercise applications in to daily living of patients*” (Acil, Dogan, & Dogan, 2008, p. 814). Tal significa que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP) assume um papel ativo no desenvolvimento de uma abordagem integrada/holística na gestão e (re)ajustamento dos indivíduos ao *stress*, portanto, fulcral em todos os níveis de prevenção em saúde.

2.3 Abordagens Psíquicas

2.3.1 Consciencialização

Na sua essência, o conceito de consciencialização espelha a apreensão crítica de determinado fenómeno, pelo que envolve processos da dimensão cognitiva como o ato de pensar e de agir reflexivamente. Se autodirigida, a consciencialização prevê a autoexploração/autoconhecimento no *aqui e agora*, refletindo-se em aprendizagem e em, consequente transformação ou transição pessoal. Assim, será por via da introspeção e pela interrogação da sua experiência que o indivíduo se apropria de si na relação com o mundo (Payne, 2003) (Meleis, Sawyer, Im, & Schumacher, 2000).

Depreende-se pois que exercícios de autoconsciencialização ou *awereness* devam visar as

matizes do *self*: a perceção do *locus* de controlo, do estilo de pensamento, da capacidade de intuir e o lugar da criatividade/imaginação, do padrão emocional, da profundidade da autorrevelação de sentires, do controlo da espontaneidade, do processo de libertação catártico, a focalização no corpo (respiração e sensações) e nos sentidos e o desenvolvimento das competências sociais.

Na prática clínica e ao permitir a integração das dimensões somática, cognitiva e comportamental, a técnica incrementa a autoconfiança, minimiza a angústia, favorece a concentração, liberta a criatividade e promove uma forma de pensamento positivo (Payne, 2003).

2.3.2 Imagética

Concetualmente, a imagética refere-se ao “processo do pensamento que invoca e utiliza os sentidos” (Achterberg, 1985, cit. por Payne, 2003, p. 161). A literatura especializada associa-a portanto à função criativa do pensamento na medida em que pressupõe a (re)criação experiências mentais vívidas, reais e multissensoriais (ao implicar o envolvimento visual, olfativo, gustativo, tátil, cinestésico e propriocetivo) e o recurso às emoções inerentes às imagens produzidas. Trata-se, assim, de uma simulação de vivências comumente positivas enraizadas na memória individual, na ausência de qualquer estímulo externo/interno precedente (Cruz & Viana, 1996).

A eficácia da aplicação da técnica prevê o atingimento prévio de um estado de relaxamento, considerado como “pré-requisito imperioso” (Payne, 2003, p. 164) e o desenvolvimento da consciência polissensorial. As abordagens passivas são consideradas mais apropriadas, atendendo a que o ponto de referência é pessoal e baseado no que o indivíduo considera ser um ambiente relaxante.

Enquanto técnica psicológica, importa que o treino da imagética seja sistemático para poder deter valor terapêutico. Sugere-se que as imagens procurem representar fielmente as experiências mentais já que o detalhe e o realismo concorrem para um maior impacto da performance imaginada. Paralelamente à vividez, acredita-se que com a continuidade da exploração dos sentidos seja possível alcançar-se um potencial inato pelo qual se controla e manipula a ideação ou a imagem anteriormente concebida. Em detrimento da visualização de desempenhos ou comportamentos desajustados, a controlabilidade parece facilitar o alcance do desejável. A ultimar, afigura-se necessário fomentar-se a competência de autoperceção, isto é, do olhar para si próprio e da investigação dos sentimentos e comportamentos no decurso de determinando momento (Cruz & Viana, 1996).

De acordo com a literatura, merecem destaque como benefícios da implementação da técnica: o autodesenvolvimento (quando a evocação de imagens mentais se aproxima do *self* e conduz ao enriquecimento pessoal e descoberta de novas possibilidades), a distração (quando a dispersão da atenção sob forma de imagens agradáveis é essencial para reduzir o poder dos pensamentos inoportunos indutores de *stress*), a regulação/atenuação da ativação fisiológica (quando o controlo respiratório incorpora a componente imagética), o relaxamento (quando a ideação o potencia), o controlo atencional (ao ser uma forma de concentração em si mesma) e a autoconfiança (quando imagens mentais de êxito e sucesso estão intimamente associadas a desempenhos de qualidade superior).

Pelo exposto, sobressai que imagens realistas, claras, intensas e controladas concorrem para maior probabilidade de produção de efeitos desejáveis a nível dos sistemas motor, fisiológico, cognitivo e emocional.

2.3.3 Visualização (mental) Dirigida

Etimologicamente, o termo visualização remete para a conversão de conceitos em figuras mentalmente visíveis (Cabete, Cavaleiro, & Pinteus, 2003, p. 196). Nesta continuidade e no contexto da intervenção psicológica a Visualização “reporta-se ao processo de imaginação guiada em que o foco da concentração é colocado em imagens mentalmente formadas” (Cabete, Cavaleiro, & Pinteus, 2003, p. 196). Enquanto técnica, corresponde assim à conjugação de representações mentais decorrentes da realidade e da imaginação, referindo-se pois a todas as experiências *quasi*-sensoriais e *quasi*-perceptivas (Richardson, 1969).

A literatura sugere o facto da Visualização Mental surgir entre as técnicas mais comumente empregues quando dirigidas ao controlo do *stress* e ansiedade (treino de relaxamento), à promoção da motivação e empenho (associado à formulação de objetivos) e à estimulação de pensamento ajustados. A este respeito Bandura (1997) considera aliás que a Visualização poderá incidir sobre questões do foro cognitivo (estratégias, planos), motoras (direcionada à regulação dos padrões de ação e sensações que as acompanham) ou mesmo emotivas (de que é exemplo a recreação de emoções ou sentimentos visando a aprendizagem do autodomínio). Com efeito, a Visualização potencia o processo de ancoragem pela qual é possível ao indivíduo ser conduzido de um estado emocionalmente indesejado para o ambicionado recorrendo à imaginação guiada. A título de exemplo e enquanto técnica complementar ao Relaxamento, a Visualização viabiliza a redução do *stress* ao atuar na “reeducação, a mudança de atitude e a reprogramação mental” (Muller, Calvetti, Redivo, Geyer, & Jarros, 2009, p. 26). No que se refere à compreensão do processo de adoecer, trata-se portanto de um recurso que permite a elaboração e integração da díade mente-corpo.

Pelo exposto, ao concorrer para uma melhoria do estado funcional e de bem-estar, a

Visualização contribui para a qualidade de vida e promoção da saúde, pelo que assume “grande relevância em termos económicos e de políticas de saúde” (Cabete, Cavaleiro, & Pinteus, 2003, p. 198).

2.3.4 Treino Autogénico

Etimologicamente, autogénico significa «exercitar-se por si mesmo», o que remete para uma metodologia autoinduzida. Idealizada por Johannes Schultz, sustenta-se na conceção de que o alcance de um estado hipnótico pouco profundo “proporciona um[a] agradável tranquilidade, no qual se mantém desperta e viva a vida interior (fantasia, sentimentos), enquanto que se olvida parcial ou totalmente o mundo exterior” (Schultz, 1967, p. 10).

Dito de outro modo, o treino autogénico consiste numa abordagem auto-hipnótica cuja pretensão visa o alcance de um estado de transe no qual a mente liberta-se da vontade consciente e torna-se sugestionável por via da concentração nas sensações (frequentemente de peso ou calor).

Esta perspetiva considera que o indivíduo, ao invés de procurar adquirir ativamente o controlo sobre os processos fisiológicos (como sucede no relaxamento progressivo), concentra-se passivamente nas suas sensações corporais e internas permitindo que estas ocorram (Cruz, 1996). Pressupõe-se assim que o indivíduo assuma um estado de espírito “não diligente e despreocupado com o produto final” (Payne, 2003, p. 189). A autora salienta como aspetos centrais a ausência de estímulos externos/ambientais invasivos e as fórmulas relativas a sensações corpóreas específicas e pré-definidas que o indivíduo reitera sub-vocalmente enquanto simultaneamente recria imagens vívidas pessoalmente significativas dessas experiências. Para Hipólito (2001), com a operacionalização desta técnica de relaxamento abre-se “caminho para a descoberta do corpo próprio, segmento por segmento, aumentando a permeabilidade entre o mundo exterior e o mundo interior do cliente” (p. 57).

O objetivo *major* é permitir a autorregulação pela focalização passiva (Payne, 2003). Paralelamente persegue outros propósitos, como o “repouso reparador (...), autotranquilização (...), aumento do rendimento [memória] (...), supressão da dor (...), autodeterminação conseguida em estado de concentração (...), [assim como] autocrítica e autodomínio conseguidos pela visão interior no decurso da concentração” (Schultz, 1967, p. 13).

Importa notar que o treino autogénico influencia o funcionamento do sistema nervoso autónomo pelo que poderá potenciar o alívio do *stress* induzido pelo psicossomatismo ou somatização (Goto, Tsutsumi, Kabeya, & Ogawa, 2012). De facto, por tratar-se de um método de autocontrolo, é comumente eficaz na contenção da ansiedade. A este propósito e enquanto

co-terapia, os autores salientam aliás que o treino autogénico “*reduces depression by reducing anxiety and tension*” (Goto, Tsutsumi, Kabeya, & Ogawa, 2012, p. 410), embora não seja recomendado a clientes que apresentem um défice motivacional e/ou intelectual.

Acrescente-se que o intuito da implementação de programas de cariz psicológico de controlo de ansiedade ou confronto com o *stress* não pressupõem o encorajamento da sua eliminação, mas a educação acerca da sua natureza e impacto visando a aquisição de competências intra e interpessoais para um emprego construtivo daqueles, perspetivando-os como oportunidades e desafios.

2.4 Sumário

Perante este enquadramento torna-se essencial que a adoção de determinada técnica seja adequada à análise funcional do comportamento de cada cliente e não dirigida à perturbação nele diagnosticada. São diversos os autores que sustentam a necessidade de avaliação do “*locus*” de impacto das diferentes técnicas nas componentes cognitiva e somática da ansiedade e a assunção de uma abordagem multimodal.

Enquanto intervenção não-farmacológica de gestão do *stress*, as Técnicas de Relaxamento visam o incremento da eficácia pessoal na regulação de agentes indutores de ansiedade. Fundamentadas na evidência, as técnicas são comumente autoaplicadas e atingem maior profundidade com a prática continuada (Cramer, Lauche, Langhorst, Dobos, & Paul, 2013). Percecionadas como benéficas, as distintas estratégias são empregues pelos indivíduos como mecanismos de *coping*. Na verdade, o conhecimento e as competências cumulativamente adquiridas parecem contribuir a longo prazo para a gestão melhorada das perturbações psíquicas (Shah, Klainin-Yobas, Torres, & Kannusamy, 2014).

2.5 Participantes

Literatura recente reporta um impacto negativo do isolamento hospitalar no psiquismo e comportamento dos indivíduos evidenciado por “*higher scores for depression (...), higher anger and hostility scores*” (Abad, Fearday, & Safdar, 2010, p. 98). Para os autores, “*the most prominent emotional effects included fear, loneliness. (...) Not surprisingly, history of mental illness was associated with higher scores for anxiety*” (Abad, Fearday, & Safdar, 2010, p. 99).

A este respeito ressalva-se que a gestão do *stress* revela-se assim indispensável em clientes que apresentem como diagnósticos de enfermagem: *ansiedade* (acarretando disfunção social ou ocupacional e causador de sofrimento subjetivo), *coping ineficaz*, *defíce de conhecimento* (relativo a estratégias adaptativas), *padrão de sono perturbado*, *isolamento*

social, interação social prejudicada, risco de violência (direcionada a si ou a outros) (International Council of Nurses, 2016).

Neste contexto, as Técnicas de Relaxamento surgem como Intervenção de Enfermagem com o propósito de “reduzir sinais e sintomas indesejáveis como a dor, a tensão muscular e a ansiedade” (McCloskey & Bulechek, 2004, p. 719).

De realçar que na inclusão de clientes foi tida em consideração

- a detenção da escolaridade básica (dada a pretensão de aplicar-se um instrumento de autorrelato);
- ausência de debilidade intelectual marcada;
- a ausência de sintomatologia psicótica positiva (designadamente delírios, alucinações, discurso confuso e comportamento desorganizado ou catatónico) dado o risco de conduzir-se ao surgimento de sensações extracorporais (Payne, 2003);
- a ausência de fobia ou aversão a um dos elementos que compõem o cenário imaginário.

2.6 Instrumentos de Avaliação

Atendendo ao predomínio da ansiedade nos clientes em regime de internamento psiquiátrico e à eficácia demonstrada das Técnicas de Relaxamento neste contexto, selecionou-se como instrumento clínico de mensuração o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – Forma Y.

Do ponto de vista descritivo, trata-se de um registo de autoavaliação cognitiva da autoria de Spielberger (*State-Trait Anxiety Inventory* – STAI, 1983), concebido para fornecer medidas objetivas do construto ansiedade, nas formas traço e estado. A tradução e posterior aferição/validação para a população portuguesa foram efetuadas por Sofia Santos e Danilo Silva (1997), tendo sido alcançadas qualidades que asseguram a sua adequação (Silva & Campos, 1998). Encontra-se, aliás, descrito que a consistência interna das subescalas ansiedade-estado (STAI - forma Y₁) e ansiedade-traço (STAI - forma Y₂) é considerada “satisfatória” (Santos & Silva, 1997, p. 92), atendendo aos coeficientes α de Cronbach de 0.85 e 0.86 respetivamente.

Ambas incluem a avaliação de vinte (20) itens, sendo que a resposta é dada numa escala ordinal tipo *likert* de quatro (4) posições. Caracteristicamente, ao responder à subescala de ansiedade-traço, “o indivíduo é instruído para indicar como se sente geralmente, através da avaliação da frequência dos seus sentimentos de ansiedade” (Santos & Silva, 1997, p. 90),

classificando a resposta a cada uma das proposições de acordo com as possibilidades: «quase nunca», «algumas vezes», «frequentemente» e «quase sempre». Para responder à de ansiedade-estado é solicitado ao examinado que selecione a “opção que melhor descreve a intensidade dos seus sentimentos nesse momento [ansiedade enquanto estado emocional transitório]” (Santos & Silva, 1997, p. 90), classificando-a de acordo com as possibilidades «de modo nenhum», «um pouco», «moderadamente» e «muito».

Para efeitos de operacionalização dos objetivos do presente trabalho, reportar-se-á somente à aplicação da subescala de ansiedade-estado (STAI - forma Y₁) por ser um “indicador sensível do nível de ansiedade situacional vivenciada por clientes e doentes em aconselhamento, psicoterapia, terapia do comportamento ou numa enfermaria de psiquiatria (...) e servir para medir alterações na intensidade (...) que ocorrem nessas situações” (Jardim, 2002, p. 102). Neste contexto, são comumente apreciados sentimentos de tensão, apreensão, preocupação e nervosismo. Jardim (2002) alerta ainda para o facto de estar “demonstrado que as pontuações na escala Ansiedade-Estado aumentam em resposta aos vários tipos de *stress* e diminuem após relaxamento” (p. 111), o que sustenta o seu recurso no âmbito da avaliação da eficácia das Técnicas de Relaxamento.

No que concerne à sua administração, importa salientar que o inventário em causa tem um carácter voluntário e foi concebido para ser autoadministrado em grupo ou individualmente, não tendo sido estipulado tempo-limite para a sua execução. Na subescala STAY- forma Y₁ as afirmações são cotadas em ordem direta de 1 a 4 e inversamente (de 4 a 1) os itens 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20. A soma final das proposições respondidas (variando entre o mínimo de 20 pontos e um máximo de 80) permite predizer o grau de ansiedade, atendendo aos pontos de corte definidos: 20-48 = ansiedade ligeira (resposta normativa); ≥ 49 = elevado (para a população psiquiátrica) (Bekker, Legare, Stacey, O’Connor, & Lemyre, 2003) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983).

Veja-se a grelha de leitura do instrumento na página seguinte (Figura 1):

Figura 1. Instrumento STAY- forma Y₁

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

Original de Charles D. Spielberger

Traduzido e validado para a população portuguesa por Santos e Silva, 1997

Iniciais do nome: _____ Data: ____/____/____ Momento da aplicação: início ☐ fim ☐

Instruções:

Abaixo encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois ponha uma cruz (X) no número à direita para indicar como se sente agora, isto é, neste momento.

Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo com cada frase. Dê a resposta que parece descrever melhor como se sente agora.

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito
1. Sinto-me calmo(a).	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro(a) ou livre de perigo.	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso(a).	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado(a).	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.	1	2	3	4
6. Sinto-me transtornado(a).	1	2	3	4
7. Presentemente estou preocupado(a) com coisas más que possam acontecer.	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito(a).	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado(a).	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável.	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante em mim próprio(a).	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso(a).	1	2	3	4
13. Sinto-me agitado(a).	1	2	3	4
14. Estou indeciso(a).	1	2	3	4
15. Sinto-me repousado(a).	1	2	3	4
16. Sinto-me contente.	1	2	3	4
17. Sinto-me preocupado(a).	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso(a).	1	2	3	4
19. Sinto-me firme.	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.	1	2	3	4

2.7 Objetivos

A formulação dos diagnósticos de enfermagem tem por substrato o objetivo prioritário da gestão do *stress*, de forma a minimizar sintomas desajustados e, a limite o incremento do potencial bem-estar do cliente. Pretende-se que o indivíduo aprenda a responder de forma adaptativa quando confrontado com situações indutoras de *stress*, isto é, a ser resiliente.

Atendendo ao exposto, foram delineados os seguintes objetivos *minor*:

- Reduzir a ansiedade;
- Minorar tensões músculo-esquelética e emocional;
- Promover a diminuição do fluxo de pensamentos (e a acumulação de preocupações);
- Favorecer a concentração e a memória;
- Potenciar um sono reparador;
- Promover a consciência corporal;
- Estabelecer uma interação terapêutica;
- Favorecer a interação social.

2.8 Planificações das Sessões

Atendendo ao exposto anteriormente, foram delineadas quatro sessões de Relaxamento a serem implementadas a dois grupos-alvo distintos, constituídos pelos clientes do Internamento de Psiquiatria. Os clientes do Grupo A foram sujeitos a duas sessões de Relaxamento Progressivo adaptado e as clientes do Grupo B a duas sessões de Treino Autogénico adaptado com inclusão de Imagética e Visualização Dirigida. A conceção de dois programas de Relaxamento residiu no facto das jovens do Grupo B estarem momentaneamente interditas de efetuar exercícios com carga por apresentarem patologia de comportamento alimentar.

2.8.1 Sessão 1 - Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Data	06 de maio de 2015
Local	Sala Multiusos do Internamento de Psiquiatria
Dinamizadores	Enf. ^a Catarina Carrola, com a colaboração da Terapeuta Ocupacional Dra. J.
Enf.º orientador	Enf.º V.
Critérios inclusão	Levantamento do diagnóstico, ansiedade presente Levantamento do diagnóstico, agitação ausente Capacidades cognitivas não comprometidas
Métodos	Interativo, expositivo e reflexivo

Veja-se a Tabela 1, correspondente ao primeiro plano de sessão.

Tabela 1. Plano da Sessão 1- Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Avaliação Diagnóstica	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Oferecer uma descrição detalhada da intervenção de relaxamento selecionada, descrevendo os seus benefícios e limites. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal.	5´
		Avaliar estado de ansiedade inicial.	Canetas Instrumento impresso: <i>Inventário da Ansiedade Estado (Y1)</i>	Solicita-se o autopsiquiograma dos instrumentos, enfatizando que os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para avaliação académica da atividade. Salvaguardar-se-ão o anonimato e confidencialidade.	10´
Aquecimento	Jogo “O meu nome”	Promover a interação grupal.	Folhas brancas Canetas Colchões baixos Cadeiras	Terapeutas e participantes dispõem-se na sala, sentados em cadeiras ou nos colchões, formando um círculo. Um dos terapeutas pede aos participantes que escrevam o seu nome (inicial), verticalmente, na parte esquerda da folha, distanciando cada letra, uma da outra, cerca de 2 linhas. A partir de cada letra, os participantes deverão escrever uma palavra que os caracterize. O resultado final será uma descrição pessoal de cada um a partir do próprio nome.	15´
		Estimular a criatividade na escrita.			
		Facilitar o autoconhecimento e conhecimento mútuo.			
	Alongamentos e reeducação respiratória	Aliviar tensões iniciais.	Sistema de som	Mantendo a disposição em círculo, solicitar a cada elemento a demonstração de um exercício que possa ser reproduzido pelos restantes. Os terapeutas deverão relembrar como se processa a respiração profunda.	8´
		Promover a disposição para a atividade central.			
		Fomentar a atenção e concentração.			

Desenvolvimento	Técnica do Relaxamento	Reduzir a ansiedade, desbloqueando tensões musculares e emocionais.	Sistema de som Vela aromática Colchões baixos Cadeiras Lençóis Almofadas	Aplicação da técnica adaptada de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, conforme diretrizes.	30´
		Contribuir para a redução do fluxo de pensamentos.			
		Prevenir a acumulação de <i>stress</i> .			
		Promover o ensino de uma resposta adaptativa face a situações indutoras de <i>stress</i> .			
		Reduzir a insónia.			
		Promover a concentração e a memória.			
		Promover a consciência fisiológica ou corporal.			
Partilha	Momento reflexivo individual e interpares	Partilhar vivências e sentimentos experimentados no decorrer da atividade, facilitando a ventilação emocional.	Cadeiras	Terapeutas presentes e participantes dispõem-se na sala formando um círculo com os colchões e cadeiras. Solicitar a expressão dos sentires que emergiram no decurso da atividade central e no “ <i>aqui e agora</i> ”. Orientações: - sensações vivenciadas física e psiquicamente; - dificuldades de concentração e de posição; - distanciamento em relação a pensamentos negativos; - sensações corporais de autoconhecimento; - aspetos positivos e negativos; - resultado final. No final da partilha, conceder-se-á <i>feedback</i> ao grupo e realizar-se-á o sumário da sessão.	30´
		Integrar o emergente grupal suscitado pela partilha individual.			
		Fomentar a adoção de estratégias de <i>coping</i> adaptativas.			
		Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.			
Finalização	Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento implementada.	Avaliar a eficácia da técnica de relaxamento implementada.	Canetas Instrumento impresso: <i>Inventário da Ansiedade Estado (Y1)</i>	Solicita-se, novamente, o preenchimento do instrumento.	10´

Diretrizes da Respiração Diafragmática

(Guerra, Lima, & Torres, 2014, p. 184)

«Fechem os olhos, ponham a mão direita no abdómen e coloquem a esquerda no peito. Sem tentar alterar a respiração, estejam atentos ao modo como respiram. Qual é a mão que se mexe mais quando o ar entra nos pulmões? O truque para respirar de modo a ficar mais relaxado é começar a respirar mais com o abdómen, o que faz com que a mão que está em cima da barriga se mexa mais do que a que está em cima do peito.

Procurem agora fazer esta mudança e, à medida que o ar vai entrando, ajudem a respirar com o abdómen, fazendo a mão direita elevar-se mais, enquanto a esquerda fica o mais quieta possível. Vão treinando até se sentirem confortáveis com este modo de respirar.

Deixem o ar entrar devagar, a barriga vai ajudando, depois usem também a barriga para expulsar todo o ar... Isso mesmo!»

Diretrizes da Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo

Adaptado de Payne (2003)

Apresentação da lógica da técnica

«O método que vão aprender consiste na contração e libertação da tensão em todo o corpo. O objetivo é atingir o relaxamento que ocorre após a libertação da tensão. Uma contração forte pode levar a um relaxamento profundo. Vou, assim, pedir-vos que se concentrem nas sensações que acompanham a tensão e o relaxamento. Existem 16 grupos musculares prontos a serem contraídos e relaxados. Vou começar por expor todos os itens, exemplificando-os, dando-vos a hipótese de experimentá-lo.»

Exposição de todos os grupos musculares, exemplificando-os:

- Cerrar a mão dominante em punho;
- Braço dominante em bastão;
- Cerrar a mão não dominante em punho;
- Braço não dominante em bastão;
- Elevar e franzir as sobrancelhas;
- Cerrar os olhos com força e enrugar o nariz;
- Cerrar os dentes e puxar os cantos da boca para trás;

- Pressionar a cabeça para trás contra o apoio (colchão), contraindo os músculos do pescoço;
- Alongar os ombros para trás e elevá-los;
- Tensionar o músculo abdominal;
- Contrair a coxa da perna dominante;
- Direcionar a ponta do pé dominante para baixo (flexão plantar);
- Direcionar a ponta do pé dominante em relação à cara (dorsiflexão);
- Contrair a coxa da perna não dominante;
- Direcionar a ponta do pé não dominante para baixo (flexão plantar);
- Direcionar a ponta do pé não dominante em relação à cara (dorsiflexão);

Intervalos de tempo:

- Tensão mantida por 5-7''
- Fase de relaxamento durante 1';

Zona de apoio:

- Colchão ou cadeira;

Olhos:

- Deverão, preferencialmente, estar fechados, exceto se tal for indutor de sofrimento;

Roupa:

- Usar roupas leves e soltas, sendo preferencial desabotoar botões que possam magoar ou apertar;

Palavras-Chave:

- Não contrair nenhum músculo até mencionar-se a expressão «agora contraia»;
- Do mesmo modo, descontraír apenas quando se ouvir a palavra «relaxe».

Finalização da sessão

No fim o terapeuta termina: *«Vou terminar a sessão contando por ordem decrescente de 4 para 1... quatro... comece a mexer as pernas e pés... três... flita e alongue os braços e mãos... dois... mova devagar a cabeça... e... um... abra os olhos, repare como se sente em paz e relaxado... como se tivesse acordado de um breve sono.»*

Guião

Preparação:

«Assuma uma posição bem confortável, procurando respirar usando só a musculatura abdominal. Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe ir-se mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora a sua respiração é totalmente suave e todos os seus músculos se encontram relaxados.»

Membro Superior Dominante:

«Feche a sua mão como se fosse dar um “soco”, e aperte-a o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão e memorizando-a. Agora relaxe, liberte a tensão de uma só vez e à medida que os dedos se desenrolam repare nas sensações nos músculos da mão. Concentre-se nas sensações dos músculos da parte inferior do braço ao eliminar a tensão. Sinta o relaxamento a fluir para essa zona à medida que os músculos se tornam mais, e mais profundamente relaxados... completamente relaxados. (Pausa). Repare nas sensações provenientes dos músculos neste momento, compare com o que sentia anteriormente, quando tensos. Deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calmamente e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contração e a do relaxamento. Repita este movimento. (Pausa).

Ainda com o mesmo braço, contraia lentamente todos os músculos de modo a que fique rígido. Comece com uma ligeira tensão nos dedos... deixe que ela cresça até os dedos se juntarem à palma em forma de punho. A seguir estique o braço, criando uma tensão no antebraço e braço até ficar rígido como um bastão... Agora... sinta a tensão ao longo do braço e relaxe-o... deixe-o cair pesadamente... Sinta os músculos soltarem-se e o braço a ficar mole... repare no alívio, no agradável formigueiro e sensação de calor... deixe o braço continuar a relaxar... e a

relaxar mais um pouco... imagine o último vestígio de tensão a fluir de entre os dedos... Repare como se sentem os músculos do braço quando estão totalmente relaxados. Repita este movimento. (Pausa).

Dobre o cotovelo, sinta a contração nesta musculatura e memorize-a. Agora, relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal. (Pausa). Repita. (Pausa).

Pressione o cotovelo contra a base do colchão. Faça-o sem envolver os músculos da mão e da parte inferior do braço. Sinta a tensão no braço superior enquanto pressiona o cotovelo para o colchão. (Pausa). Relaxe... relaxe completamente. Sinta a tensão a libertar-se. Usufrua das agradáveis sensações dos músculos relaxados, a sensação de profundo relaxamento e conforto. (Pausa). Repita.»

Membro Superior Não-Dominante:

«Feche a sua mão como se fosse dar um “soco”, e aperte-a o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão e memorizando-a. Agora relaxe, liberte a tensão de uma só vez e à medida que os dedos se desenrolam repare nas sensações nos músculos da mão. Concentre-se nas sensações dos músculos da parte inferior do braço ao eliminar a tensão. Sinta o relaxamento a fluir para essa zona à medida que os músculos se tornam mais, e mais profundamente relaxados... completamente relaxados. (Pausa). Repare nas sensações provenientes dos músculos neste momento, compare com o que sentia anteriormente, quando tensos. Deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calmamente e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contração e a do relaxamento. Repita este movimento. (Pausa).

Ainda com o mesmo braço, contraia lentamente todos os músculos de modo a que fique rígido. Comece com uma ligeira tensão nos dedos... deixe que ela cresça até os dedos se juntarem à palma em forma de punho. A seguir estique o braço, criando uma tensão no antebraço e braço até ficar rígido como um bastão... Agora... sinta a tensão ao longo do braço e relaxe-o... deixe-o cair pesadamente... Sinta os músculos soltarem-se e o braço a ficar mole... repare no alívio, no agradável formigueiro e sensação de calor... deixe o braço continuar a relaxar... e a relaxar mais um pouco... imagine o último vestígio de tensão a fluir de entre os dedos... Repare como se sentem os músculos do braço quando estão totalmente relaxados. Repita este

movimento. (Pausa).

Dobre o cotovelo, sinta a contração nesta musculatura e memorize-a. Agora, relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal. (Pausa). Repita. (Pausa).

Pressione o cotovelo contra a base do colchão. Faça-o sem envolver os músculos da mão e da parte inferior do braço. Sinta a tensão no braço superior enquanto pressiona o cotovelo para o colchão. (Pausa). Relaxe... relaxe completamente. Sinta a tensão a libertar-se. Usufrua das agradáveis sensações dos músculos relaxados, a sensação de profundo relaxamento e conforto. (Pausa). Repita.»

Parte superior da face:

«Concentre-se na cara e nos muitos músculos responsáveis pelas mudanças subtis de expressão. Levante as sobrancelhas de modo a criar rugas horizontais ... Sinta a tensão no músculo que se estende ao longo da testa... E relaxe... deixe a tensão soltar-se... Sinta as rugas a desvanecer... continue até a tensão desaparecer por completo. Memorize as duas sensações. (Pausa). Repita.

Centre-se agora no músculo do sobrolho... franza as sobrancelhas de modo a juntá-las e a formar uma ruga profunda... Mantenha-as por uns momentos, dando conta da sensação que se obtém desta ação... Em seguida... Relaxe-as... alivie a tensão... Sinta as sobrancelhas a estenderem-se para os lados... imagine o espaço entre elas a aumentar e a continuar a aumentar... repare na confortável sensação que acompanha esta ideia... Continue até que a tensão desapareça. (Pausa). Repita.

Feche os olhos, apertando-os com força. Sinta a tensão em toda a zona em redor dos olhos, em cada pálpebra. Concentre-se nas zonas mais tensas. (Pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações. Os músculos estão relaxados, sem tensão... (Pausa). Repita.»

Parte inferior da face:

«Cerre os dentes com força, pressionando firmemente os de cima contra os de baixo. Mantenha os lábios contraídos... um pouco mais... Sinta os músculos contraídos, tensos. Concentre-se nessa sensação. (Pausa). Sinta a tensão e agora compare-a com a de

relaxamento, soltando o seu rosto mais e mais. Relaxe... solte os lábios e os dentes, reparando nas sensações de alívio da tensão... (Pausa). Respire calmamente. Repita.»

Pescoço:

«Contraia os músculos do pescoço. Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço. Pressione a cabeça contra o apoio. Sinta a contração, procure memorizar esta sensação. (Pausa). Agora, Agora, solte, relaxe, deixe a cabeça apoiada de forma bem confortável e relaxe lentamente o pescoço. Compare as duas sensações tentando memorizar a diferença entre elas. Respire pausadamente. (Pausa). Repita.»

Ombros:

«Concentre a sua atenção na região das omoplatas, por detrás dos ombros. Coloque-as para trás de modo a que se aproximem mais uma da outra (sem fazer demasiado esforço)... Sinta as duas a serem comprimidas... Registe esta sensação. Relaxe-as agora... alivie a tensão. Deixe os músculos distenderem. Repare na sensação de relaxamento à medida que a tensão se esvai... (Pausa). Repita.

Eleve agora os ombros como se fosse encostá-los na ponta das orelhas. Contraia, mais e mais. (Pausa). Relaxe, deixe os ombros apoiados de maneira confortável, sinta a diferença entre a sensação da contração e a do relaxamento. Respire tranquilamente. (Pausa). Repita.»

Região abdominal:

«Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua. Sinta a tensão ao redor do umbigo. (Pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza. Todos os músculos estão completamente relaxados. (Pausa). Repita.

Concentre-se agora nos músculos abaixo da cintura. (Pausa). Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o colchão. Contraia as nádegas com toda a força. (Pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos. Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento. (Pausa). Repita.»

Membro Inferior Dominante:

*«Concentre agora a sua atenção na sua perna dominante.
Contraia a coxa com toda a sua força. Sinta a contração e memorize esta sensação. (Pausa).*

Agora relaxe... Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada. Respire pausadamente. (Pausa). Repita.

Aponte os pés em direção à cara, mantendo a parte de trás dos joelhos no apoio. Mantenha a posição e repare nas sensações que está a ter... Relaxe-os agora... À medida que liberta os músculos, sinta a tensão desvanecer...(Pausa). Repita.

Mantendo a posição, aponte agora os pés para baixo, como se estivesse a utilizá-los para indicar algo. Não exagere no esforço, especialmente se tem propensão para desenvolver câibras. Repare nas tensões na barriga da perna... Relaxe... deixe-se ir... deixe que a tensão se dilua. Sinta o conforto a voltar à parte inferior das pernas... repare nas sensações que se obtêm com o relaxamento dos músculos. (Pausa). Repita.»

Membro Inferior Não-Dominante:

«Agora, concentre a sua atenção na sua perna não-dominante.

Contraia a coxa com toda a sua força. Sinta a contração e memorize esta sensação. (Pausa).

Agora relaxe... Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada. Respire pausadamente. (Pausa). Repita.

Aponte os pés em direção à cara, mantendo a parte de trás dos joelhos no apoio. Mantenha a posição e repare nas sensações que está a ter... Relaxe-os agora... À medida que liberta os músculos, sinta a tensão desvanecer...(Pausa). Repita.

Mantendo a posição, aponte agora os pés para baixo, como se estivesse a utilizá-los para indicar algo. Não exagere no esforço, especialmente se tem propensão para desenvolver câibras. Repare nas tensões na barriga da perna... Relaxe... deixe-se ir... deixe que a tensão se dilua. Sinta o conforto a voltar à parte inferior das pernas... repare nas sensações que se obtêm com o relaxamento dos músculos. (Pausa). Repita.»

Finalização:

«Está completamente relaxado(a)... (Pausa). Todos os músculos estão leves...

Nos próximos minutos, mantenha o seu corpo totalmente relaxado, confortavelmente apoiado na superfície em que está, respirando tranquilamente. Use apenas a musculatura abdominal, deixando o ar entrar e sair suavemente. Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu

*corpo, da cabeça até aos pés... Inspire novamente... (Pausa). Expire o ar lentamente... (Pausa).
Aprecie o seu estado de relaxamento. (Pausa).*

Vou terminar a sessão contando por ordem decrescente de 4 para 1...

quatro... comece a mexer as pernas e pés...

três... flita e alongue os braços e mãos...

dois... mova devagar a cabeça...

e... um... abra os olhos.

*Espreguice-se, devagar... repare como se sente em paz e relaxado... Quando se sentir
preparado, faça uma contagem regressiva a partir de cinco, levante-se lentamente e sente-se
no colchão.»*

2.8.2 Sessão 2 - Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Data	13 de maio de 2015
Local	Sala Multiusos do Internamento de Psiquiatria
Dinamizadores	Enf. ^a Catarina Carrola, com a colaboração da Terapeuta Ocupacional Dra. J. e supervisão do Enf.º Especialista V.
Enf.º orientador	Enf.º Especialista V.
Critérios inclusão	Levantamento do diagnóstico, ansiedade presente Levantamento do diagnóstico, agitação ausente Capacidades cognitivas não comprometidas
Métodos	Interativo, expositivo e reflexivo

Veja-se a Tabela 2, correspondente ao segundo plano de sessão.

Tabela 2. Plano da Sessão 2 - Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Avaliação Diagnóstica	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Oferecer uma descrição detalhada da intervenção de relaxamento selecionada, descrevendo os seus benefícios e limites. Expôr regras de participação e incentivar o compromisso grupal.	5´
		Avaliar estado de ansiedade inicial.	Canetas Instrumento impresso: <i>Inventário da Ansiedade Estado (YI)</i>	Solicita-se o autopreenchimento dos instrumentos, enfatizando que os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para avaliação académica da atividade. Salvaguardar-se-ão o anonimato e confidencialidade.	10´
Aquecimento	Jogo “Balão no ar”	Promover a interação grupal.	Balões Sistema de som	Terapeutas e participantes dispõem-se aleatoriamente na sala e assim que é colocada a música são lançados balões ao ar. Os participantes serão incitados a dançar enquanto, simultaneamente, asseguram que os balões não tocam o chão.	10´
		Aliviar tensões iniciais.			
		Fomentar a coordenação corporal.			
	Alongamentos e reeducação respiratória	Promover a disposição para a atividade central.	Sistema de som	Mantendo a disposição em círculo, solicitar a cada elemento a demonstração de um exercício que possa ser reproduzido pelos restantes. Os terapeutas deverão relembrar como se processa a respiração profunda.	8´
		Fomentar a atenção e concentração.			

Desenvolvi- mento	Técnica do Relaxamento	Reduzir a ansiedade, desbloqueando tensões musculares e emocionais.	Sistema de som Vela aromática Colchões baixos ou Cadeiras Lençóis Almofadas	Aplicação da técnica adaptada de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, conforme diretrizes.	30´
		Contribuir para a redução do fluxo de pensamentos.			
		Prevenir a acumulação de <i>stress</i> .			
		Promover o ensino de uma resposta adaptativa face a situações indutoras de <i>stress</i> .			
		Reduzir a insónia.			
		Promover a concentração e a memória.			
		Promover a consciência fisiológica ou corporal.			
Partilha	Momento reflexivo individual e interpares	Partilhar vivências e sentimentos experimentados no decorrer da atividade, facilitando a ventilação emocional.	Cadeiras	<p>Terapeutas presentes e participantes dispõem-se na sala formando um círculo com os colchões e cadeiras. Solicitar a expressão dos sentires que emergiram no decurso da atividade central e no “<i>aqui e agora</i>”. Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sensações vivenciadas física e psiquicamente; - dificuldades de concentração e de posição; - distanciamento em relação a pensamentos negativos; - sensações corporais de autoconhecimento; - aspetos positivos e negativos; - resultado final. <p>No final da partilha, conceder-se-á <i>feedback</i> ao grupo e realizar-se-á o sumário da sessão.</p>	30´
		Integrar o emergente grupal suscitado pela partilha individual.			
		Fomentar a adoção de estratégias de <i>coping</i> adaptativas.			
		Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.			
Finalização	Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento implementada.	Avaliar a eficácia da técnica de relaxamento implementada.	Canetas Instrumento impresso: <i>Inventário da Ansiedade Estado (Y1)</i>	Solicita-se, novamente, o preenchimento do instrumento.	10´

2.8.3 Sessão 3 - Treino Autogénico de Schultz

Data	07 de maio de 2015
Local	Sala de Reuniões do Internamento de Psiquiatria
Dinamizadores	Enf. ^a Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enf. ^a Especialista M.
Enf.º orientador	Enf.º Especialista V.
Critérios inclusão	Levantamento do diagnóstico, ansiedade presente Levantamento do diagnóstico, agitação ausente Capacidades cognitivas não comprometidas
Métodos	Interativo, expositivo e reflexivo

Veja-se a Tabela 3, correspondente ao terceiro plano de sessão.

Tabela 3. Plano da Sessão 3 - Treino Autogénico de Schultz

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Avaliação Diagnóstica	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Oferecer uma descrição detalhada da intervenção de relaxamento selecionada, descrevendo os seus benefícios e limites. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal.	5'
		Avaliar estado de ansiedade inicial.	Canetas Instrumento impressos: <i>Inventário da Ansiedade Estado (Y1)</i>	Solicita-se o autopreenchimento dos instrumentos, enfatizando que os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para avaliação académica da atividade. Salvar-se-ão o anonimato e confidencialidade.	10'
Aquecimento	Jogo “Auto-Retrato”	Promover a interação grupal.	Folhas brancas Lápis Base de apoio para folhas Colchões baixos	Terapeutas e participantes dispõem-se na sala, sentados nos colchões, formando um círculo. Um dos terapeutas distribui a cada participante uma folha branca A ₄ e um lápis. Convida-os a fazer um desenho e a escrever uma frase que seja representativa de si próprio, ou que descreva a própria maneira de ser ou sentir. Os participantes, mantendo o anonimato dos seus trabalhos, entregam-nos ao terapeuta que, por sua vez, os fará circular, um de cada vez por todos os membros do grupo. Depois de terem observado atentamente os trabalhos os participantes exprimirão o seu parecer e considerações acerca do caráter e personalidade do autor. Quando todos os trabalhos forem comentados, o terapeuta convidará o autor a revelar ao grupo o seu próprio trabalho e a explicar o porquê do desenho e da frase.	25'
		Facilitar o autoconhecimento e conhecimento mútuo.			
	Reeducação respiratória – respiração diafragmática	Aliviar tensões iniciais. Promover a disposição para a atividade central. Fomentar a atenção e concentração.	Sistema de som	Mantendo a disposição em círculo, um dos terapeutas clarifica, exemplificando, como se processa a técnica de respiração profunda, diafragmática (<i>vide</i> guião).	10'

Desenvolvimento	Técnica do Relaxamento	Reduzir a ansiedade, desbloqueando tensões musculares e emocionais.	Sistema de som Vela aromática Colchões baixos Cadeiras Lençóis Almofadas	Aplicação da técnica adaptada de Relaxamento – Treino Autógeno de Schultz, conforme diretrizes.	30´
		Contribuir para a redução do fluxo de pensamentos.			
		Prevenir a acumulação de <i>stress</i> .			
		Promover o ensino de uma resposta adaptativa face a situações indutoras de <i>stress</i> .			
		Reduzir a insónia.			
		Promover a consciência fisiológica.			
Partilha	Momento reflexivo individual e interpares	Partilhar vivências e sentimentos experimentados no decorrer da atividade, facilitando a ventilação emocional.	Colchões	<p>Terapeutas presentes e participantes dispõem-se na sala formando um círculo com os colchões. Solicitar a expressão dos sentires que emergiram no decurso da atividade central e no “<i>aqui e agora</i>”. Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sensações vivenciadas física e psiquicamente; - dificuldades de concentração e de posição; - distanciamento em relação a pensamentos negativos; - sensações corporais de autoconhecimento; - aspetos positivos e negativos; - resultado final. <p>No final da partilha, conceder-se-á <i>feedback</i> ao grupo e realizar-se-á o sumário da sessão.</p>	30´
		Integrar o emergente grupal suscitado pela partilha individual.			
		Fomentar a adoção de estratégias de <i>coping</i> adaptativas.			
		Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.			
Finalização	Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento implementada.	Avaliar a eficácia da técnica de relaxamento implementada.	<p>Canetas</p> <p>Instrumento impresso: <i>Inventário da Ansiedade Estado (Y1)</i></p>	Solicita-se, novamente, o preenchimento do instrumento.	10´

Diretrizes da Respiração Diafragmática

(Guerra, Lima, & Torres, 2014, p. 184)

«Fechem os olhos, ponham a mão direita no abdómen e coloquem a esquerda no peito. Sem tentar alterar a respiração, estejam atentos ao modo como respiram. Qual é a mão que se mexe mais quando o ar entra nos pulmões? O truque para respirar de modo a ficar mais relaxado é começar a respirar mais com o abdómen, o que faz com que a mão que está em cima da barriga se mexa mais do que a que está em cima do peito.

Procurem agora fazer esta mudança e, à medida que o ar vai entrando, ajudem a respirar com o abdómen, fazendo a mão direita elevar-se mais, enquanto a esquerda fica o mais quieta possível. Vão treinando até se sentirem confortáveis com este modo de respirar.

Deixem o ar entrar devagar, a barriga vai ajudando, depois usem também a barriga para expulsar todo o ar... Isso mesmo!»

Diretrizes do Treino Autogénico (adaptado) com inclusão de imagética e Visualização dirigida

Adaptado de Payne (2003)

(Henriques 2008, cit. por Guerra, Lima & Torres, 2014, p. 205)

Apresentação da lógica da técnica:

«O método consiste no anúncio de breves fórmulas intencionais que descrevem sensações de calor, frescura e peso nos membros e que deverão ser por vós repetidas mentalmente, enquanto inspiram e expiram. Uma característica importante desta abordagem é que o participante deva sentir-se passivo e despreocupado face aos exercícios propostos, não devendo por isso tentar forçar quaisquer respostas.»

Ambiente:

- Tranquilo;
- Sombrio;
- Ameno.

Olhos:

- Deverão, preferencialmente, estar fechados, exceto se tal for indutor de sofrimento;

Posição do participante:

- Adoção preferencial da posição de deitado;

- Se a posição for a de sentado, a cabeça deverá estar apoiada;

Roupa:

- Usar roupas leves e soltas, sendo preferencial desabotoar botões que possam magoar ou apertar;

Guião da Indução:

«Assumam uma posição bem confortável, procurando respirar usando só a musculatura abdominal. Se for possível, fechem os olhos suavemente. (Pausa).

Vou procurar ajudar-vos a ficar relaxados através de uma experiência tranquila e confortável. Concentrem-se em todo o vosso corpo, procurem relaxá-lo, libertando toda a tensão que sentem... Prestem atenção à vossa respiração. Procurem respirar profundamente pelo nariz. Prestem atenção ao ar que entra e sai... Sintam o movimento do vosso corpo com a entrada e a saída do ar. Inspirem e expirem devagar. E profundamente... Mantenham essa respiração... Respirem o mais lentamente possível...

Deixem que uma sensação de paz desça sobre vós – uma sensação de estar confortável e à vontade. É importante que adotem uma atitude despreocupada face ao exercício. Isto significa deixar que as sensações surjam por si e não fazer qualquer esforço para que apareçam. Preparem-se com calma. Permaneçam nesse estado por alguns minutos...

A vossa mente está liberta de pensamentos sobre problemas e o vosso corpo adapta-se à atmosfera de calma e tranquilidade que criaram na vossa mente.

Concentrem-se no vosso corpo.

Comecem pelos músculos da cabeça, face, garganta e ombros. Concentrem-se nesses músculos prestando atenção aos da testa e maxilares. Sintam a tensão deixar a área. Os músculos começam a parecer relaxados, pesados e quentes. Concentrem-se nesta sensação durante alguns minutos...

Repitam mentalmente: Sinto-me em paz. (Pausa). Sinto-me calmo. (Pausa). A minha testa está fresca. (Pausa).

Deixem agora a sensação espalhar-se para baixo...

Sintam os membros relaxados, braços, abdómen, pernas, pés. Concentrem-se nestes músculos. Sintam a tensão dissolver-se, os músculos começam a parecer relaxados e pesados. Uma sensação de calor espalha-se através deles, até às extremidades: pontas dos dedos das mãos e pés. Concentrem-se nesta sensação... Repitam mentalmente: Sinto-me em paz. (Pausa). Sinto-me calmo. (Pausa). O meu batimento cardíaco está regular. (Pausa). Sinto os

braços e as pernas pesados e quentes. (Pausa). O meu abdómen está quente. (Pausa).

Sintam os limites do vosso corpo. O sangue que circula no seu interior. Imaginem o vosso corpo por dentro, o coração a bater, os pulmões a respirar... Através da respiração libertem todas as tensões negativas.

Todo o vosso corpo está relaxado e quente. Concentrem-se nessa sensação de relaxamento e calor. Respirem lenta e profundamente, inspirando o ar pelo nariz e expirando-o pela boca, como se estivessem a cheirar uma flor e a soprar uma vela... Continuem a concentrar-se em quão relaxados e quentes se sentem...

Vão agora imaginar que pouco a pouco vão voar até chegar ao céu... um céu bonito, de um azul claro, que vos transmite calma, tranquilidade, paz. Ao longe e, lentamente, vai-se aproximando uma nuvem... já lhe conseguem tocar com a ponta do pé... e a sensação é tão agradável que ficam com vontade de mergulhar totalmente na nuvem e de deixarem envolver-se completamente por ela. Esta nuvem vai levar-vos para fora desta sala e será guiada pela vossa imaginação.

Esta viagem irá levar-vos para um lugar calmo e tranquilo... À medida que ela decorre tentem reparar nos sons e cheiros das imagens para torná-las o mais próximo do real. O vosso corpo está completamente relaxado e encontra-se agora numa paisagem verde, tranquila, com as montanhas a verem-se no horizonte...

Sintam a brisa amena do vento na cara, nos cabelos, em todo o vosso corpo. O som dos pássaros, o cheiro das flores, da relva, das árvores... Desfrutem do seu sossego e da sua beleza... Veem flores de todos os tipos, de todas as cores, de todos os cheiros... Sentem-se evadidos por um clima de paz e felicidade... O sol brilha, está um lindo dia de primavera... Ao caminharem encontram um riacho de águas límpidas, transparentes. Mais perto, sintam os salpicos de água fresca a bater no vosso rosto... Uma brisa quente aquece o vosso corpo... Sintam esse bem-estar... Tentem desfrutar dessa experiência.

Concentrem-se novamente no vosso corpo, em como ele está relaxado. A nuvem volta a colocar-se debaixo do vosso corpo e vai trazer-vos de novo para esta sala. (Pausa).

Quando estiverem preparados, deixem lentamente regressar a consciência desta sala onde se encontram. Reorientem a vossa concentração para o presente. (Pausa). Comecem, naturalmente, a abrir os olhos e a tomar contacto com a luz à medida que vão voltando à realidade... Digam para vós próprios que irão sentir-se revigorados e alerta. Fechem e abram as mãos levemente. Dobrem e estiquem os braços algumas vezes. Depois as pernas.

Alonguem suavemente o corpo. Agora respirem profundamente uma última vez, virem-se de lado, sentem-se devagar no colchão e apreciem a sensação de energia renovada.»

2.8.4 Sessão 4 - Treino Autogénico de Schultz

Data	14 de maio de 2015
Local	Sala de Reuniões do Internamento de Psiquiatria
Dinamizadores	Enf. ^a Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enf. ^a Especialista M.
Enf.º orientador	Enf.º Especialista V.
Critérios inclusão	Levantamento do diagnóstico, ansiedade presente Levantamento do diagnóstico, agitação ausente Capacidades cognitivas não comprometidas
Métodos	Interativo, expositivo e reflexivo

Veja-se a Tabela 4, correspondente ao quarto plano de sessão.

Tabela 4. Plano da Sessão 4 - Treino Autogénico de Schultz

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Avaliação Diagnóstica	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Oferecer uma descrição detalhada da intervenção de relaxamento selecionada, descrevendo os seus benefícios e limites. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal.	5´
		Avaliar estado de ansiedade inicial.	Canetas, Instrumento impresso: <i>Inventário da Ansiedade Estado (Y1)</i>	Solicita-se o autopreenchimento dos instrumentos, enfatizando que os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para avaliação académica da atividade. Salvaguardar-se-ão o anonimato e confidencialidade.	10´
Aquecimento	Jogo “A teia da amizade”	Promover a interação grupal.	Novelo de fio	Terapeutas e participantes dispõem-se na sala formando um círculo. O terapeuta dinamizador inicia a dinâmica enrolando a ponta do novelo num dos dedos da mão dominante e, em seguida, apresenta-se ao grupo. Após terminar, lança o novelo para diante. O participante que o agarrar enrolará a linha num dos dedos e terá evocar as características do terapeuta, recorrendo à memória. Depois de fazê-lo, apresenta-se ao grupo e volta a lançar o novelo para diante. A dinâmica termina quando todos se tiverem dado a conhecer ao grupo. Face à teia de fio que une todos os participantes, o terapeuta dinamizador questioná-los-á sobre: o que sentem; o que significa a teia; o que aconteceria se um deles soltasse o seu fio.	15´
		Facilitar o conhecimento mútuo.			
		Fomentar a coesão do grupo.			
	Reeducação respiratória – respiração diafragmática	Aliviar tensões iniciais.	Sistema de som	Mantendo a disposição em círculo, um dos terapeutas reitera, exemplificando, como se processa a técnica de respiração diafragmática (<i>vide</i> guião).	10´
		Promover a disposição para a atividade central.			
		Fomentar a atenção e concentração.			

Desenvolvimento	Técnica do Relaxamento	Reduzir a ansiedade, desbloqueando tensões musculares e emocionais.	Sistema de som Vela aromática Colchões baixos Lençóis Almofadas	Aplicação da técnica adaptada de Relaxamento – Treino Autógeno de Schultz, conforme diretrizes.	30´
		Contribuir para a redução do fluxo de pensamentos.			
		Prevenir a acumulação de <i>stress</i> .			
		Promover o ensino de uma resposta adaptativa face a situações indutoras de <i>stress</i> .			
		Reduzir a insónia.			
		Promover a consciência fisiológica.			
Partilha	Momento reflexivo individual e interpares	Partilhar vivências e sentimentos experimentados no decorrer da atividade, facilitando a ventilação emocional.	Colchões	Terapeutas presentes e participantes dispõem-se na sala formando um círculo com os colchões. Solicitar a expressão dos sentires que emergiram no decurso da atividade central e no “ <i>aqui e agora</i> ”. Orientações: - sensações vivenciadas física e psiquicamente; - dificuldades de concentração e de posição; - distanciamento em relação a pensamentos negativos; - sensações corporais de autoconhecimento; - aspetos positivos e negativos; - resultado final. No final da partilha, conceder-se-á <i>feedback</i> ao grupo e realizar-se-á o sumário da sessão.	30´
		Integrar o emergente grupal suscitado pela partilha individual.			
		Fomentar a adoção de estratégias de <i>coping</i> adaptativas.			
		Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.			
Finalização	Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento implementada.	Avaliar a eficácia da técnica de relaxamento implementada.	Canetas, Instrumento impresso: <i>Inventário da Ansiedade Estado (Y1)</i>	Solicita-se, novamente, o preenchimento do instrumento.	10´

2.9 Avaliação da Intervenção

Atendendo ao enquadramento teórico descrito, foi elaborado um protocolo de avaliação que integrou dois momentos de recolha de dados (previamente e após a sessão de relaxamento) com recurso à subescala de Ansiedade-Estado (STAI - forma Y₁). Foram ainda tidos em consideração os comportamentos observáveis dos clientes no decurso e após as intervenções e a avaliação subjetiva explanada nos momentos de partilha.

2.10 Resultados

A sistematização dos resultados decorrentes da aplicação do instrumento STAI - forma Y₁, consta nas Tabela 5, Tabela 6, Tabela 7 e Tabela 8.

Tabela 5. Resultados referentes ao Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Clientes	Sessão	Momento	Pontuação
C.C.	1	Início	60
		Final	60
	2	Início	51
		Final	33
E.B.	1	Início	44
		Final	44
H.F.	1	Início	51
		Final	32
H.M.	1	Início	34
		Final	32
	2	Início	40
		Final	41
M.F.	1	Início	57
		Final	56
M.S.	1	Início	51
		Final	57
R.P.	1	Início	32
		Final	27
	2	Início	46
		Final	30
R.S.	1	Início	35
		Final	36
	2	Início	43
		Final	38
N.B.	2	Início	68
		Final	48
A.C.	2	Início	50
		Final	33
R.B.	1	Início	27
		Final	22
	2	Início	27
		Final	22
R.A.	2	Início	21
		Final	23
A.M.	2	Início	27
		Final	26
J.A.	2	Início	43
		Final	40

Tabela 6. Evolução da Ansiedade-Estado inerente às sessões de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Resumo de Resultados	n (% relativo)
Amostra Total	19 (100%)
Melhoria	11 (58%)
Pioria	2 (11%)
Sem evolução*	6 (32%)

* Resultados sem evolução: $-1 < n < 1$

Tabela 7. Resultados referentes ao Treino Autogénico de Schultz

Clientes	Sessão	Momento	Pontuação
M.S.	1	Início	75
		Final	51
	2	Início	62
		Final	42
T.B	1	Início	50
		Final	35
	2	Início	48
		Final	44
C.N.	1	Início	42
		Final	26
P.B.	1	Início	62
		Final	54
	2	Início	59
		Final	60
A.F.	1	Início	62
		Final	31
	2	Início	64
		Final	42
C.P.	1	Início	38
		Final	27
	2	Início	51
		Final	24
L.S.	1	Início	49
		Final	27
M.C	2	Início	44
		Final	28

Tabela 8. Evolução da Ansiedade-Estado inerente às sessões de Treino Autogénico de Schultz

Resumo de Resultados	n (% relativo)
Amostra	13 (100%)
Melhoria	12 (92%)
Pioria	0 (0%)
Sem evolução*	1 (8%)

* Resultados sem evolução: $-1 < n < 1$

No decurso das sessões parece ter-se verificado um incremento da perceção subjetiva do relaxamento e decréscimo da perceção da ansiedade patente na observação somática e verbalização de sentimentos de “bem-estar” (sic), “tranquilidade” (sic), “calma” (sic), “serenidade” (sic), “vitalidade” (sic), “libertação de pensamentos negativos” (sic).

Nas diferentes sessões e em ambos os grupos as respostas foram classificadas de relevantes.

Foram mencionados como fatores limitantes os efeitos adversos da farmacoterapia designadamente o aumento ponderal e a inércia.

3 INTERVENÇÃO GRUPAL: “EVENTOS DE VIDA E EMOÇÕES”

3.1 Referencial Teórico

3.1.1 Abordagem das Emoções

Embora da literatura não sobressaia o consenso relativo à definição do conceito de emoção, reconhece-se que envolve uma complexificação de respostas químicas e neurais, sendo comumente desencadeada por eventos, situações ou pessoas, decorrendo de uma avaliação cognitiva nem sempre consciente. Constitui-se como experiência subjetiva, um estado afetivo súbito e caracteriza-se por ser de curta duração e intensa (Goleman, 2012) (Arriaga & Almeida, 2010). Damásio (2003) (2013) advoga a existência de emoções primárias, universais e inatas (nas quais se enquadra o medo, a alegria, a tristeza, a raiva, a surpresa e a aversão), as secundárias ou sociais decorrentes de processos de aprendizagem (a vergonha, o ciúme, a culpa e o orgulho) e as de fundo, manifestações decorrentes da complexificação de reações regulatórias simples (o bem-estar, o mal-estar, a calma e a tensão).

Conceptualizar a emocionalidade humana pressupõe abordar os aspetos convergentes dos distintos postulados da emoção, designadamente os seus componentes fundamentais. Ainda que não pretenda desvirtuar-se o contributo dos processos neurofisiológicos, no âmbito da saúde mental ressalvam-se os processos cognitivos (com menção às operações de perceção e avaliação), a experiência subjetiva individual (e a relevância da fenomenologia do sentir), a expressão comunicativa (com ênfase no comportamento emocional e a interferência nas relações interpessoais) e a tendência de ação.

Uma miríade de investigações realça o caráter funcional das emoções atribuindo-lhe um papel basilar na adaptação da pessoa ao ambiente. Efetivamente, as emoções parecem facilitar a deteção do perigo, orientam os processos de tomada de decisão, melhoram a memória de acontecimentos ao estarem implicadas no desenvolvimento da aprendizagem e norteiam as interações sociais (Mikolajczak & Desseilles, 2014) (Freitas-Magalhães, 2011) (Damásio, 2003). A disfuncionalidade emocional emerge do desacordo da emoção face aos objetivos individuais ou às normas sociais de expressão em vigor ou decorrer ainda da evasão, da supressão, da falta de consciência das emoções ou da inabilidade em regulá-las (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004).

Importa salientar que a evidência revela que indivíduos que exibem dificuldade de regulação emocional apresentam risco acrescido de desenvolvimento de perturbações psicológicas (Gross & Muñoz, 1995) (Mikolajczak & Desseilles, 2014). Nestas

circunstâncias, a emocionalidade poderá ser alvo de trabalho psíquico por via da catarse, da aquisição de *insight* e da regulação ou gestão (no sentido de modificar o tipo, a intensidade e/ou a duração da emoção). Para Greenberg (2010) (2011), trata-se de uma abordagem vivencial e integrativa que objetiva propiciar ao cliente o entendimento, a expressão, a aceitação, regulação e a transformação da experiência emocional com o intuito de ressignificá-la. A ênfase reside pois na promoção de uma experiência visceral de trabalho emocional a fim de favorecer o comportamento adaptativo, o alcance de sentido, o fortalecimento do *self* e a aquisição de bem-estar. Complementarmente, sustenta-se que a regulação dos processos emocionais está intrinsecamente associado ao estilo de vinculação, pelo que se pressupõe a aproximação e acesso às vivências recalcadas e a sua validação.

3.1.2 Contributos das Terapias Expressivas

Encontra-se patente em Bucho (2009) que a arteterapia sustenta-se na convicção de que “o processo criativo envolvido na actividade artística é terapêutico e enriquecedor da qualidade de vida as pessoas” (p. 77). O recurso à arte como mediador expressivo oferece, segundo o autor, a oportunidade de reencontro da espontaneidade e a emergência da criatividade escamoteada pelo sujeito. A arteterapia recorre, assim, ao valor simbólico das imagens produzidas pelas quais são projetadas emoções e expressos conflitos que de outro modo não o seriam. Trata-se pois de permitir que *o outro* encete uma viagem de exploração interna, de autovalorização do potencial imaginativo e expressivo, de consolidação da autoestima/autoconfiança.

Nesta continuidade, sobressai que a arteterapia surge como uma prática de cariz terapêutico que objetiva o autoconhecimento, a transformação pessoal, além de almejar a autonomia criativa, a liberdade expressiva, o fomento da comunicação e a consumação da catarse emocional. Para Valladares (2005) o seu enfoque visa o produto artístico “concretizado como o processo de integração relacional dos sujeitos com o objecto, com a comunicação e a interacção do pensar-fazer-sentir” (p. 15). Ao relacionar os produtos das expressões artísticas com os conteúdos simbólicos presentes no universo imagético singular, a arteterapia torna possível a “comunicação do mundo inconsciente com a realidade externa e consciente do cliente” (Valladares, 2005, p. 16). Tal significa que os símbolos configuram-se para a consciência e, uma vez materializados em produções artísticas expõem as estruturas psíquicas internas inconscientes e experiências afetivas relevantes vivenciadas. Para a perita em arte, a sua interpretação conduz assim à compreensão, à transformação do cliente. Neste âmbito, a arte surge como lugar de experimentação, de criatividade, de facilitação da

experiência simbólica e de evolução psíquica. A evidência alerta ainda para o facto das oficinas de arte constituírem *per se* uma “medida preventiva ao embotamento psíquico”, além de agirem como “facilitadores de competências” várias (Valladares & Carvalho, 2006, p. 353).

Cumulativamente, a arteterapia parece atuar como mecanismo de *coping* e de mudança intra e interpessoal no processo de *recovery*, mediante a expressão, restauração e realização do novo e autêntico *self*. Como resultado, clientes com doença mental poderão encontrar na arte (independentemente do mediador expressivo utilizado) benefícios particulares como a autodescoberta, expressividade, motivação e identidade social.

Na opinião de Van Lith (2015), por tratar-se de uma abordagem mais flexível, afigura-se como estratégia mais adaptável aos obstáculos inerentes à reabilitação, o que poderá facilitar o processo de adesão dos clientes. Por ela, ao permitir-se o desenvolvimento de uma consciência aberta, fomenta-se o pensamento perspicaz e reflexivo e a exploração das emoções, além da doença mental. Assim, ao oferecer a potencial integração de qualidades estéticas intrínsecas ao eu, a arte fortalece os processos emocionais e cognitivos pessoais infundindo-os como partes do “*recovered (...) self*” (Van Lith, 2015, p. 6).

Importa ressaltar que a arte, ao “produzir subjetividades, catalisar afetos, engendrar territórios desconhecidos e/ou inexplorados” (Azevedo & Miranda, 2011, p. 340) representa um importante instrumento de ressocialização e reinserção do cliente em grupos. Nesta lógica, a utilização da arte nas oficinas terapêuticas “propõe o trabalho, o agir e repensar coletivos (...) [enquanto respeita] a diversidade, [a miscigenação de saberes], a subjetividade e a capacidade de cada sujeito” (Azevedo & Miranda, 2011, p. 344) e apela à coparticipação e corresponsabilidade. De acordo com os autores, o valor da relação entre a arte e a terapia reside na possibilidade de trabalho e descoberta das potencialidades visando a conquista dos espaços sociais.

Em jeito conclusivo, sobressai que a arteterapia além de sustentar a autonomia criativa do cliente que dela participa, amplia o conhecimento sobre o contacto com a realidade e fomenta o “desenvolvimento tanto emocional como social (...) [revelando-se] importante à vida da pessoa” (Valladares & Carvalho, 2006, p. 351).

3.1.3 Contributos do Psicodrama Moreniano

O Psicodrama Terapêutico criado por Moreno constitui uma psicoterapia que tem por base a ação dramática que, trabalhando aspetos mentais, emocionais e comportamentais, permite a modificação de respostas pela capacidade de expressão e integração (Moreno,

2006). Enquanto técnica psicoterapêutica, decorre num determinado espaço e tempo, objetiva-se através da expressão verbal e corporal subjetiva e focaliza a formação psicológica com base na dinâmica vincular resultante do jogo dialético do desempenho de papéis e contra-papéis (Guerra, Lima, & Torres, 2014) (Moreno, 2006).

Para Moreno, a teoria dos papéis afigura-se um dos construtos fundamentais do psicodrama. O autor afirma que “o desempenho de papéis é anterior ao surgimento do Eu. Os papéis não emergem do Eu; é o Eu que emerge dos papéis” (Moreno, 2006, p. 25). Partindo do pressuposto que o «Eu» concede unidade estrutural à pessoa, ele será alcançado através do desempenho de múltiplos papéis, o que concorre para a construção do *self*. Nesta sequência e para Moreno, a conceção de saúde mental está diretamente associada à adequação, harmonização e flexibilidade dos múltiplos papéis que o indivíduo assume, enquanto empresta originalidade ao seu desempenho (Doyle, 1998).

Atendendo ao Modelo psicodramático Moreniano, Pio Abreu (2006) enaltece cinco conceitos-base: 1) o cenário, espaço de liberdade onde se processa a dramatização terapêutica onde tudo poderá ser representado “desde as vivências banais às fantasias escondidas” (p. 24) e que é passível de ser reversível; 2) o protagonista, elemento do grupo que se destaca pela intensidade e autenticidade das questões que traz à discussão aquando do início da sessão; 3) o diretor, terapeuta principal, responsável pelo processo terapêutico e que conduz a sessão dramática; 4) os egos auxiliares, elementos que interagem com o protagonista sob instrução do diretor, que “repõem a ocorrência na verdadeira dimensão e complexidade” e o libertam “do sucessivo desdobramento nos outros” (p. 26); 5) o auditório, constituído pelos membros do grupo que assistem à dramatização, que testemunham as vivências recreadas e as ampliam com as suas próprias emoções.

No decurso da dramatização importa que os pormenores corporais (posição, postura, olhar) assumam a supremacia e passem pelo crivo da reflexão final conjunta. Para Pio Abreu (2006) trata-se de “pormenores (...) que indiciam a realidade vivencial do indivíduo, mesmo que o seu discurso consciente o tente negar” (p. 34) e que orientam o autoconhecimento.

Moneta & Rousseau (2008) enfatizam que “*drama (...) could be an interesting scenario for the study of emotional processes in a vulnerable population, since drama may foster emotional expression and regulation through the reappropriation and transformation of one’s own and others’ stories and experiences*” (p. 330). De facto, o sucesso do método decorre de uma multiplicidade potencialidades terapêuticas como o estabelecimento de relações de ajuda num *setting* contentor e de confiança, a libertação emocional, uma melhor compreensão e perceção do outro, o incremento das relações interpessoais, o exercício da

espontaneidade livre de qualquer coação, a aquisição de discernimento dos problemas pessoais e a conceção de vias adaptativas de resolução, a elucidação sobre a origem do sofrimento com a descoberta de motivações ocultas e a integração catártica das vivências emocionais. O encontro de novas soluções e oportunidades de desenvolvimento pode pois constituir-se como um momento de redescoberta e *insight*, o que contribui para a promoção da saúde mental (Pendzik, 2006) (Vicente, 2005) (Blatner, 1997) (Blatner, 1996).

Técnicas a implementar

O *role-playing* pressupõe a solicitação para representação de um papel cujo desempenho é temido, pelo que prevê a simulação de cenas reais ou futuras. Trata-se de um ensaio comportamental que possibilita pela personificação de outras formas de existência, a exploração e a expansão do «Eu» num universo desconhecido (Moreno, 2006).

Pelo *solilóquio* o diretor coloca determinada cena em suspenso e solicita ao protagonista que expresse os seus sentires e intenções no aqui e agora. Ao tornar possível o acesso aos afetos e perceções internas do protagonista, o diretor abre caminho à consciencialização de incoerências atitudinais/comportamentais, podendo daí obter-se o desejado *insight*.

A *técnica do espelho* corresponde a um procedimento intencionalmente desafiador pelo qual o diretor solicita a um ego auxiliar que se coloque diante do protagonista e o imite em espelho, enfocando aspetos evidentes da sua conduta ou postura ainda não apercebidos por aquele. Este tipo de auto-observação visa despertar no protagonista uma vivência semelhante à primitiva experiência infantil, induzindo-o a reconhecer-se através do que lhe é devolvido pelos pares (Monteiro, 1994). A utilização desta técnica permitirá ao cliente melhorar a sua autoperceção ao transformar-se num espetador de si mesmo. Importa premiar as variações de atuação para evitar situações nefastas em que o protagonista possa sentir-se caricaturado durante a atividade. Para Moreno, trata-se de uma técnica que se revela útil na reprodução da imagem corporal e vida inconsciente e, portanto, facilitador da autoconsciência.

A *inversão de papéis* consiste na permuta de papéis do protagonista com o ego auxiliar com quem contracenava. Esta técnica obriga o protagonista a descentralizar-se de si mesmo, a colocar-se psicologicamente no lugar do outro e a encetar uma compreensão empática das motivações daquele com quem interagiu. Trata-se pois de aceder às representações que se possui do outro e tomar consciência da sua projeção já que “não é só meter-se no papel do outro, mas ainda, do ponto de vista do outro, ver-se a si próprio em espelho” (Pio Abreu, 2006, p. 91). De acordo com o autor, esta técnica constitui um decisivo instrumento de maturação na medida em que potencia a redefinição da noção do eu e auxilia a aceder à interioridade do outro.

Num cômputo geral, as diferentes técnicas propõem a unificação de experiências desfragmentadas do sujeito, o seu “amadurecimento emocional, volitivo, linguístico” (Pio Abreu, 2006, p. 77), o desbloqueio de circuitos cognitivos fechados, a reorientação de esquemas afetivos, o que facilita o desenvolvimento psicológico e a “reposição de uma identidade adequada e reconhecida” (p. 88).

3.2 Participantes – Grupo “*Pensar, Viver e Vencer*”

A intervenção em foco segue uma linha que se inicia nas conceptualizações de Greenberg e tem como subsídios as preconizações de Valladares e de Moreno. Fundamenta-se na crença que o processo criativo e envolvimento nas atividades artísticas é terapêutico *per se* e enriquecedor da qualidade de vida dos clientes.

A pretensão de constituir-se um grupo de âmbito terapêutico radica na importância que o *setting* de grupo assume na reaquisição de saúde mental com a consciencialização das relações interpessoais. Encontra-se aliás descrito em Vinogradov & Yalom (1992) que o grupo permite “a participação colaborativa do indivíduo com outros e a obtenção de satisfações interpessoais no contexto de relacionamentos realistas e mutuamente gratificantes” (p. 13). Sob o escrutínio do grupo, pretende-se que cada elemento dê e receba *feedback* relativo ao significado e efeito das interações estabelecidas. Com efeito, o potencial do grupo deriva das experiências de coesão e segurança, ambos facilitadores da autorreflexão. (Vinogradov & Yalom, 1992).

Cumulativamente, importa realçar que o trabalho grupal concorre para: 1) o favorecimento da experiência de pertença; 2) a promoção da mentalização das emoções e sentimentos experienciados pelos elementos integrantes; 3) o desenvolvimento do autoconhecimento e elaboração psíquica pela ativação do fenómeno de espelhamento (quando o cliente funciona na base da projeção e identificação projetiva); 4) a constituição de canais comunicacionais passíveis de desencadear processos introjetivos inconscientes e de internalização com potencialidade transmutadora e de reparação (Neto, Fialho, Godinho, & Centeno, 2010) (Neto, 2014) (Ferro, 2012) (David, 2010).

Ainda a este propósito, saliente-se que a possibilidade de contacto visual parece intensificar as capacidades empáticas do terapeuta através do espelhamento e de fenómenos de ressonância entre os clientes (Ferro, 2012) (Benevides, Pinto, Cavalcante, & Jorge, 2010). De facto, para os autores, o terreno relacional de partilha de afetos em registo de compreensão empática estabelecido entre os elementos do grupo parece viabilizar novos circuitos neuronais e potenciar o processo de mudança a nível inconsciente.

Recordando os construtos preconizados por Carl Rogers, Greenberg & Safran (1989) postula-se que a mudança terapêutica envolve a experiência plena e a consciência do significado de emoções negadas, recalcadas ou distorcidas. Concretizando, a mudança poderá ter subjacente um de cinco processos, a saber: a) o reconhecimento de respostas emocionais previamente não legitimadas (o que aumenta a consciência da informação de uma resposta adaptativa); b) a evocação e a intensificação da emoção para conduzir à emergência de novas respostas comportamentais; c) a reestruturação da rede emocional; d) o acesso a crenças e esquemas mentais enquistados; e) a modificação de respostas emocionais maladaptativas. O processamento da informação pelo cliente permitirá assim a (re)construção pessoal da realidade.

Na seleção dos clientes para inclusão no grupo de âmbito terapêutico foram tidos em consideração os seguintes critérios:

- presença do diagnóstico de enfermagem *estado de sofrimento*, de acordo com o preconizado pela CIPE, versão 2015 (International Council of Nurses, 2016);
- capacidade para desempenhar a “tarefa de grupo” (Vinogradov & Yalom, 1992, p. 58);
- motivação;
- compromisso em comparecer às reuniões agendadas e permanecer nelas durante toda a sessão.

Foram delineados como critérios de exclusão:

- incapacidade para tolerar o *setting* grupal;
- tendência para assumir um papel desviante;
- não adesão às normas de comportamento aceitáveis do grupo.

3.3 Instrumentos de Avaliação

Ainda que a qualidade dos cuidados possa ser escrutinada a partir das perspetivas de estrutura e processo, as *outcomes* surgem como “elementos essenciais (...) de garantia de qualidade ou aperfeiçoamento [contínuo] de qualidade” (Johnson, Maas, & Moorhead, 2004, p. 43). Com efeito, recorrer-se-á ao sistema taxonómico proposto pelos mesmos autores a respeito dos resultados de enfermagem no âmbito do sofrimento. Procurarão assim ser apreciados indicadores característicos do estado de angústia emocional e atender à respetiva classificação de acordo com as possibilidades «grave», «substancial», «moderado (a)», «leve» e «nenhum (a)». A grelha será aplicada em duas fases distintas, previamente à primeira sessão e finda a última, com intuito de poder avaliar-se a eficácia da intervenção (*vide* Figura 2).

Figura 2. Grelha de classificação do Sofrimento Emocional

Iniciais do Nome: _____

Data: ____/____/____

Momento da Aplicação: Início da Intervenção ☐ Fim da Intervenção ☐

Instruções: Selecione a opção que melhor descreve a intensidade dos indicadores de Sofrimento Emocional, neste momento.

INDICADORES		NÍVEIS DE SOFRIMENTO				
		Grave 1	Substancial 2	Moderado 3	Leve 4	Nenhum 5
200302	Sentimentos de depressão					
200303	Sentimentos de tristeza					
200304	Sentimentos de impotência					
200305	Sentimentos de pesar					
200306	Sentimentos de culpa					
200307	Sentimentos de desesperança					
200308	Sentimentos de desamparo					
200309	Sentimentos de desvalorização					
200310	Medo de recorrência (recaída)					
200312	Medo de circunstâncias desconhecidas					
200313	Medo de estar só					
200314	Sensações de vulnerabilidade					
200316	Sentimentos de desespero					
200317	Amargura em relação aos outros					

Adaptado de Johnson, Maas, & Moorhead (2004)

3.4 Objetivos

Tendo por foco terapêutico a gestão emocional, foram delineados como objetivos *minor*:

- Fomentar a comunicação associativa;
- Ativar os “fenómenos de espelho”;
- Estimular a espontaneidade e criatividade;
- Desenvolver a capacidade empática;
- Fomentar o reconhecimento e a apreciação do outro;
- Promover a consciencialização de emoções e sentimentos;
- Promover a mentalização e a elaboração;
- Atenuar a culpa e a vergonha;
- Minimizar o sofrimento emocional;
- Estimular os movimentos de autonomia.

3.5 Planificação das Sessões

Atendendo ao anteriormente exposto, foram delineadas sete sessões de cariz socioterapêutico, cuja consecução decorreu ao longo de um mês.

3.5.1 Sessão 1 - Linha de Vida

Data	03 e 04 de junho de 2015
Local	Sala Polivalente do Hospital de Dia de Psiquiatria
Dinamizadores	Enfª Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enfª Especialista L.
Enfº orientador	Enfº Especialista L.
Métodos	Interativo e reflexivo

Veja-se a Tabela 9, correspondente ao primeiro plano de sessão.

Tabela 9. Plano da Sessão 1 - Linha de Vida

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Avaliação Diagnóstica	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Oferecer uma descrição detalhada da intervenção. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal.	5´
		Efetuar o levantamento das necessidades.	Canetas e Instrumento impresso: <i>Indicadores de Resultado (NOC)</i>	Solicita-se o autopreenchimento do instrumento, enfatizando que os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para avaliação académica da atividade. Salvar-se-ão o anonimato e confidencialidade.	10´
Aquecimento	Jogo “A teia das emoções”	Promover a disposição para a atividade central, estimulando a sintonia grupal.	Cadeiras Novelo de fio	Terapeutas e participantes dispõem-se na sala formando um círculo. O terapeuta dinamizador inicia a dinâmica solicitando a um participante que enrole a ponta do novelo num dos dedos da mão dominante e verbalize um acontecimento de vida percebido como relevante. Após terminar, deverá lançar o novelo para diante a fim de que o participante que o apanhe proceda do mesmo modo. Depois de fazê-lo, voltará a lançar-se o novelo para diante. A dinâmica termina quando todos tiverem dado a conhecer ao grupo reminiscências marcantes. Face à teia de fio que une todos os participantes, o terapeuta dinamizador questioná-los-á sobre: - o que significa a teia; - o que aconteceria se um deles soltasse o seu fio. O processo inverso pelo qual volta a formar-se o novelo de fio pressupõe que cada participante faça referência à emoção inerente ao acontecimento de vida previamente evocado.	20´
		Facilitar a introdução ao tema que orienta a atividade central.			

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Desenvolvimento	“Linha de Vida”	Estimular a emergência de eventos de vida significativos e emocionalidade associada.	Mesa e cadeiras, Folhas A ₃ , Lápis de cor, Fotografias, Revistas, Cola e Tesouras	Os participantes são orientados a esboçar a sua linha de vida na folha A ₃ fornecida, onde está inscrito um gráfico de linha com 2 eixos Y (referentes à intensidade emocional de eventos de vida, positiva ou negativamente significativos) e um eixo X (referente à idade cronológica). Posteriormente, recorrendo ao mediador artístico de corte e colagem (de fotografias ou revistas), deverão ilustrar os acontecimentos que consideraram emocionalmente relevantes.	20´
Partilha	Momento reflexivo individual e interpares	Partilhar vivências e sentimentos experimentados no decorrer da atividade, facilitando a ventilação emocional. Integrar a contenção emocional do grupo suscitada pela partilha individual.	—	Terapeutas presentes e participantes dispõem-se formando um círculo. O terapeuta dinamizador solicitará a cada elemento do grupo que descreva e interprete a sua linha de vida, bem como as emoções suscitadas pela seleção de cada evento. Após a auscultação do grupo, o dinamizador solicitará a expressão dos sentires que emergiram no decurso da atividade central e no “ <i>aqui e agora</i> ”.	1 ^H
Finalização	Avaliação final	Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.	—	Aferir com cada participante a relevância que a sessão assumiu.	5´

Figura 3. Instrumento gráfico para monitorização da intensidade emocional de eventos de vida (Linha de Vida)



3.5.2 Sessão 2 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte I)

Data	08 de junho de 2015
Local	Sala Polivalente do Hospital de Dia de Psiquiatria
Dinamizadores	Enfª Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enfª Especialista L.
Enfº orientador	Enfª Especialista L.
Métodos	Interativo e reflexivo

Veja-se a Tabela 10, correspondente ao segundo plano de sessão.

Tabela 10. Plano de Sessão 2 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte I)

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Preparação	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Efetuar uma descrição detalhada da sessão. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal.	2´
		Otimizar os resultados.			
Aquecimento	Jogo “Garças Lutadoras”	Promover a disposição para a atividade central.	Bola Giz	Os participantes colocam-se em pé no centro da sala. Recorrendo ao giz, o terapeuta dinamizador faz um círculo em redor deles e um segundo círculo maior à volta do primeiro distando daquele cerca de 2 metros. Obtém-se, desta forma, uma ilha e um fosso. Seguidamente, solicita aos participantes que se sustentem numa só perna e cruzem os braços, assumindo o papel de garças. Sendo animais solitários, as garças vão tentar empurrar-se umas às outras para fora da ilha. Quem ficar de pé com as duas pernas, descruzar os braços ou cair no fosso, sairá para o campo de «tiro ao alvo» localizado a uma distância de 4 metros da ilha e daí, com uma bola leve, tentar atingir as garças da ilha. Os elementos que estão no campo não podem sair do sítio (apenas atirar a bola ou passá-la uns aos outros). Se conseguir acertar numa garça, troca de lugar com esta. A atividade termina quando restar somente uma garça na ilha.	8´
		Facilitar a introdução ao tema que orienta a atividade central.			

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Desenvolvimento	“A zanga na minha vida”	Estimular a expressão emocional.	Cadeiras	Terapeutas e participantes dispõem-se na sala formando um círculo com as cadeiras. Aludindo à sessão anterior, o terapeuta dinamizador procurará auscultar e promover a reflexão do grupo relativamente: - aspetos destrutivos e construtivos da agressividade/zanga; - de que forma a zanga condiciona a forma de agir ou de pensar sobre o mundo; - capacidade de gestão individual da emoção.	40´
		Promover a autorreflexão.			
		Favorecer o insight emocional.			
	Desenho em grupo “A zanga nas nossas vidas”	Potenciar os objetivos anteriores. Fomentar a coesão grupal.	Papel de cenário Marcadores de cores	Tendo em conta o explanado na atividade anterior, os terapeutas convidam o grupo a expressar artisticamente a zanga, recorrendo aos mediadores fornecidos.	25´
Finalização	Avaliação final	Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.	—	Aferir com cada participante a relevância que a sessão assumiu.	15´

3.5.3 Sessão 3 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte II)

Data	17 de junho de 2015
Local	Sala Polivalente do Hospital de Dia de Psiquiatria
Dinamizadores	Enfª Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enfª Especialista L.
Enfº orientador	Enfª Especialista L.
Métodos	Interativo e reflexivo

Veja-se a Tabela 11 correspondente ao terceiro plano de sessão.

Tabela 11. Plano de Sessão 3 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte II)

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Preparação	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Efetuar uma descrição detalhada da sessão. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal. Sumarizar a sessão anterior.	5´
		Otimizar os resultados.			
Aquecimento	Jogo “As tribos”	Promover a disposição para a atividade central.	Panos coloridos (2 cores distintas) Elásticos	O terapeuta dinamizador deverá dividir o grupo em 2 equipas. Cada uma delas será incentivada a executar 3 instruções: - deverá ter um nome; - deverá ter um grito de guerra; - cada elemento da tribo deverá atar o escalpe (simbolizado pelo pano colorido fornecido) a uma das pernas ou braços. Concluída a preparação, o terapeuta dinamizador convida as 2 tribos a colocarem-se frente a frente, distando cerca de 4 metros. Assim que determinar o início do jogo, as tribos deverão lançar o seu grito de guerra e iniciar o combate. Cada participante terá como objetivo apropriar-se do escalpe do inimigo, sem deixar levar o seu. No momento da luta, os jogadores deverão manter um dos braços atrás das costas. Vence a tribo que tiver mais escalpes na sua posse, findo o tempo de jogo (7´).	10´
		Facilitar a (re)introdução do tema que orienta a sessão (continuação da sessão anterior).			

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Desenvolvimento	<i>Role-Playing</i>	Facilitar a aquisição de insight.	Cadeiras	Terapeutas presentes e participantes dispõem-se formando um semi-círculo. No cenário, colocam-se 2 cadeiras distando 45° entre si. O elemento que se voluntariar deverá clarificar uma situação-problema vivida permeada pela zanga e, posteriormente, será estimulado a simulá-la individualmente. Será alertado que se pretende que dirija a agressividade/raiva à cadeira vazia. O terapeuta dinamizador e o co-terapeuta suspenderão a representação sempre que necessário, introduzindo técnicas baseadas no modelo de psicodrama moreniano (<i>solilóquio</i> - solicitando ao protagonista “pense alto”, “diga o que está a sentir”; <i>espelho</i> - requerendo a participação de outros elementos ou <i>inversão de papéis</i>).	35’
	Momento reflexivo individual e interpares	Partilhar vivências e sentimentos experimentados no decorrer da atividade, facilitando a ventilação emocional. Refletir sobre estratégias adaptativas de gestão emocional.	Cadeiras	O dinamizador auscultará o protagonista e o grupo a respeito da expressão dos sentires que emergiram no decurso da atividade central e no “ <i>aqui e agora</i> ”, assim como de estratégias de <i>coping</i> adaptativas.	30’
Finalização	Avaliação final	Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.	—	Aferir com cada participante a relevância que a sessão assumiu.	10’

3.5.4 Sessão 4 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte III)

Data	22 de junho de 2015
Local	Sala Polivalente do Hospital de Dia de Psiquiatria
Dinamizadores	Enfª Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enfª Especialista L.
Enfº orientador	Enfª Especialista L.
Métodos	Interativo e reflexivo

Veja-se a Tabela 12, correspondente ao quarto plano de sessão.

Tabela 12. Plano de Sessão 4 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte III)

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Preparação	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Efetuar uma descrição detalhada da sessão. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal. Sumarizar a sessão anterior.	5´
		Otimizar os resultados.			
Aquecimento	Jogo “Mímica deturpada”	Facilitar a (re)introdução do tema que orienta a sessão (continuação da sessão anterior).	—	Terapeuta e co-terapeuta solicitam a 3 elementos voluntários que permaneçam na sala e que o restante grupo aguarde no seu exterior, até indicação. Dos 3 elementos, 2 terão de representar uma situação selecionada pelos técnicos e o elemento restante ficará com a função de espectador. Estando a ser dramatizada a situação, solicitar-se-á a um elemento do grupo que aguarda que entre na sala e substitua um dos atores, dando continuidade à representação do que ele percebe como realidade. Quando o último elemento do grande grupo tiver dramatizado, deverá expor o que considera ter representado.	10´
		Promover a disposição para a atividade central.			
		Fomentar a consciencialização que poderão existir diferentes percepções de uma mesma realidade.			

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Desenvolvimento	<i>Role-Playing</i>	Facilitar a aquisição de insight.	Cadeiras	Terapeutas presentes e participantes dispõem-se formando um semi-círculo. No cenário, colocam-se 2 cadeiras distando 45° entre si. O elemento que se voluntariar deverá clarificar uma situação-problema vivida permeada pela zanga e, posteriormente, será estimulado a simulá-la individualmente. Será alertado que se pretende que dirija a agressividade/raiva à cadeira vazia. O terapeuta dinamizador e o co-terapeuta suspenderão a representação sempre que necessário, introduzindo técnicas baseadas no modelo de psicodrama moreniano (<i>solilóquio</i> - solicitando ao protagonista “pense alto”, “diga o que está a sentir”; <i>espelho</i> - requerendo a participação de outros elementos ou <i>inversão de papéis</i>).	35’
	Momento reflexivo individual e interpares	Partilhar vivências e sentimentos experimentados no decorrer da atividade, facilitando a ventilação emocional.	Cadeiras	O dinamizador auscultará o protagonista e o grupo a respeito da expressão dos sentires que emergiram no decurso da atividade central e no “ <i>aqui e agora</i> ”, assim como de estratégias de <i>coping</i> adaptativas.	30’
		Refletir sobre estratégias adaptativas de gestão emocional.			
Finalização	Avaliação final	Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.	—	Aferir com cada participante a relevância que a sessão assumiu.	10’

3.5.5 Sessão 5 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte IV)

Data	24 de junho de 2015
Local	Sala Polivalente do Hospital de Dia de Psiquiatria
Dinamizadores	Enfª Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enfª Especialista L.
Enfº orientador	Enfª Especialista L.
Métodos	Interativo e reflexivo

Veja-se a Tabela 13, correspondente ao quinto plano de sessão.

Tabela 13. Plano de Sessão 5 - Gestão Emocional: Expressão da Zanga (parte IV)

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Preparação	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Efetuar uma descrição detalhada da sessão. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal. Sumarizar a sessão anterior.	5´
		Otimizar os resultados.			
Aquecimento	Dinâmica “Estátua da emoção”	Promover a disposição para a atividade central.	—	O terapeuta dinamizador solicita que os elementos presentes se distribuam em 2 subgrupos, ficando cada um responsável pela criação de uma estátua representativa das emoções/sentimentos que têm emergido do trabalho emocional verificado nas sessões anteriores. Cada elemento deverá ser parte da matéria-prima, pelo que todos participarão na moldagem das estátuas. Findo o período criativo, os terapeutas questionarão: - a cada elemento do grupo sobre o que está a sentir, enquanto parte fundamental da estátua; - ao grupo contrário sobre a perceção que têm daquela estátua.	10´
		Promover o reconhecimento emocional.			
		Fomentar um ensaio de interpretação.			

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Desenvolvimento	<i>Role-Playing</i>	Facilitar a aquisição de insight.	Cadeiras	Terapeutas presentes e participantes dispõem-se formando um semi-círculo. No cenário, colocam-se 2 cadeiras distando 45° entre si. O elemento que se voluntariar deverá clarificar uma situação-problema vivida permeada pela zanga e, posteriormente, será estimulado a simulá-la individualmente. Será alertado que se pretende que dirija a agressividade/raiva à cadeira vazia. O terapeuta dinamizador e o co-terapeuta suspenderão a representação sempre que necessário, introduzindo técnicas baseadas no modelo de psicodrama moreniano (<i>solilóquio</i> - solicitando ao protagonista “pense alto”, “diga o que está a sentir”; <i>espelho</i> - requerendo a participação de outros elementos ou <i>inversão de papéis</i>).	35’
	Momento reflexivo individual e interpares	Partilhar vivências e sentimentos experimentados no decorrer da atividade, facilitando a ventilação emocional.	Cadeiras	O dinamizador auscultará o protagonista e o grupo a respeito da expressão dos sentires que emergiram no decurso da atividade central e no “ <i>aqui e agora</i> ”, assim como de estratégias de <i>coping</i> adaptativas.	30’
		Refletir sobre estratégias adaptativas de gestão emocional.			
Finalização	Avaliação final	Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.	—	Aferir com cada participante a relevância que a sessão assumiu.	10’

3.5.6 Sessão 6 - Gestão Emocional: Conclusões

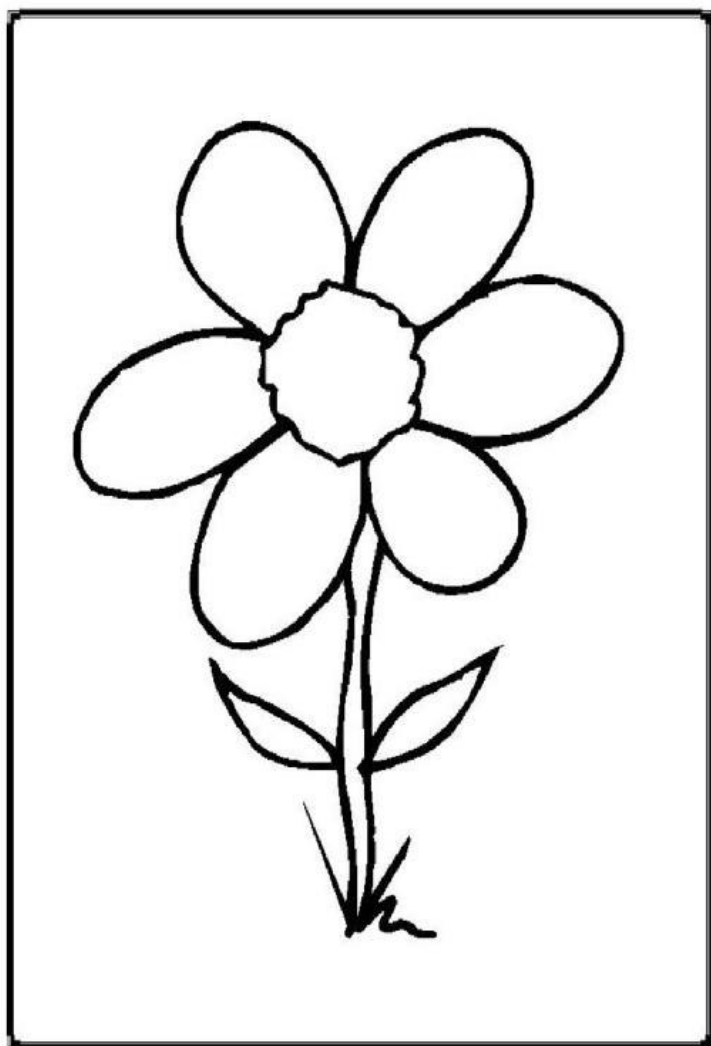
Data	01 e 02 de julho de 2015
Local	Sala Polivalente do Hospital de Dia de Psiquiatria
Dinamizadores	Enfª Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enfª Especialista L.
Enfº orientador	Enfª Especialista L.
Métodos	Interativo e reflexivo

Veja-se a Tabela 14, correspondente ao sexto plano de sessão.

Tabela 14. Plano de Sessão 6 - Gestão Emocional: Conclusões

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Preparação	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Efetuar uma descrição detalhada da sessão. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal. Sumarizar a sessão anterior.	5´
		Otimizar os resultados.			
Aquecimento	Jogo “Mímica de uma emoção”	Promover a disposição para a atividade central.	Cadeiras	Terapeutas e grupo dispõem-se na sala formando um círculo com as cadeiras. Propõe-se a cada elemento que à vez e recorrendo à mímica, transmita o que sente, atendendo ao mote “ <i>Quando estou no grupo sinto(-me)...</i> ”. Os restantes elementos do grupo deverão procurar adivinhar a que cada um se refere.	15´
		Facilitar a (re)introdução do tema que orienta a sessão.			
Desenvolvimento	Dinâmica “A Flor”	Promover a ventilação da emocionalidade mais significativa.	Cadeiras Folhas A ₄ com flores Canetas	Cada participante deverá receber uma folha A ₄ na qual está representada flor constituída por um centro à volta do qual estão dispostas várias pétalas. Cada elemento do grupo será solicitado a colocar no centro da flor o sentimento (vivência emocional) mais presente nos últimos tempos. Em cada pétala deverão escrever o que pensam e consideram estar relacionada com o sentimento que selecionaram (vivências cognitivas). As relações identificadas entre sentimento-pensamentos serão depois discutidas no grande grupo. Deverão ser explorados pensamentos funcionais alternativos para as situações que suscitam as referidas vivências e abordadas formas eficazes e ajustadas psicologicamente que permitam impedir que (caso sejam desajustadas) estas associações persistam.	2 ^H 30
		Fomentar o reconhecimento emocional.			
		Fomentar um ensaio de interpretação.			
		Promover a reflexão individual e interpares sobre estratégias adaptativas de gestão emocional.			
Finalização	Avaliação final	Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.	—	Aferir com cada participante a relevância que a sessão assumiu. Efetuar o sumário.	10´
		Emergir conceitos chave abordados durante a sessão.			

Figura 4. Instrumento de monitorização da vivência emocional (Dinâmica da Flor).



3.5.7 Sessão 7 - Gestão Emocional: Finalização

Data	02 de julho de 2015
Local	Sala Polivalente do Hospital de Dia de Psiquiatria
Dinamizadores	Enf ^a Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enf ^a Especialista L.
Enf^o orientador	Enf ^a Especialista L.
Métodos	Interativo e reflexivo

Veja-se a Tabela 15, correspondente ao sétimo plano de sessão.

Tabela 15. Plano de Sessão 7 - Gestão Emocional: Finalização

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Preparação	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas.	—	Efetuar uma descrição detalhada da sessão. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal. Sumarizar a sessão anterior.	5´
		Otimizar os resultados.			
Aquecimento	Jogo “A Roda sentada”	Promoção de confiança/coesão grupal.	—	Sugere-se ao grupo que se coloque de pé num círculo apertado, com o ombro direito voltado para o interior do mesmo. O círculo fecha de modo a que todos estejam a tocar nas pessoas dispostas à sua frente e atrás de si. Os participantes deverão segurar na cintura da pessoa da frente. Em simultâneo, os participantes deverão fletir os joelhos até cada um sentir-se apoiado nos joelhos do parceiro à retaguarda. Se tal se conseguir, o grupo sustenta-se a si próprio, sentando-se cada um nos joelhos da pessoa colocada atrás. Depois de ter-se conseguido uma posição sentada segura, deverão inclinar-se para o centro e levantar a perna esquerda!	10´
		Estimular a sintonia do grupo para a atividade central.			
Desenvolvimento	Dinâmica “A Viagem”	Avaliar a intervenção.	Cadeiras Mochila	Dispostos em círculo será entregue a um dos participantes uma mochila que os simboliza, representa o que foram deixando pelo caminho das sessões e o que foram recolhendo no decurso do mesmo. Tendo-a na mão, cada um deverá fazer o balanço, isto é, como partiu, como chegou, o que viu e gostaria de ter visto, o que guardou, o mais positivo/negativo, a diferença que fez nas suas vidas... Após a avaliação final da viagem, o participante deverá passar a mochila ao elemento da sua direita para que também ele faça o mesmo. Este processo repetir-se-á até a mochila regressar ao elemento inicial.	40´
		Recolher sugestões para os grupos a realizar <i>a posteriori</i> .			
		Integrar todas as atividades e objetivos.			
		Promover um momento reflexivo grupal.			
		Fomentar a ventilação emocional.			
	Lema de grupo	Facilitar a proximidade dos elementos do grupo.	—	Sugerir ao grupo que selecione o lema que passará a caracterizá-lo em diante e ao qual recorrerão para anunciar o término das atividades diárias do Hospital de Dia.	10´

Finalização	Avaliação final	Avaliar a eficácia da intervenção a respeito da gestão emocional.	Canetas Instrumento impresso: <i>Indicadores de Resultado (NOC)</i> Memorando impresso: <i>Dez pontos chave sobre a regulação das emoções</i>	Solicita-se o autopreenchimento do instrumento, enfatizando que os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para avaliação académica da intervenção. Salvaguardar-se-ão o anonimato e confidencialidade. Providenciar a entrega de memorando sobre a Regulação Emocional.	15´
-------------	-----------------	---	---	--	-----

DEZ PONTOS- CHAVE

PARA MELHOR REGULAR AS SUAS EMOÇÕES*

1. **"Aceitarmos que estamos emocionados:** não é um sinal de inferioridade nem de fracasso. É apenas a lembrança da nossa humanidade, imperfeita, frágil e sensível. Todos sentem as mesmas emoções que nós: quando os outros as conseguem ver, ficam mais inclinados à incompreensão e à empatia do que ao julgamento e à rejeição.
2. **Sempre que possível, permitir a expressão das nossas emoções.**
É evidente que há momentos em que temos de as dissimular, mas esses são a exceção (como algumas situações profissionais): a regra é deixar viver as nossas emoções.
3. **Deixar viver não significa deixar fazer:** todas as emoções devem ser compreendidas e acompanhadas e a sua expressão canalizada, em função das circunstâncias e dos interlocutores.
4. **Considerar as nossas emoções como aliados:** elas podem guiar as nossas intuições e servir de motor de arranque das nossas ações (aquilo a que chamamos impulsões), e tudo isto será muito útil e conduzir-nos-á frequentemente na posição certa, desde que nos mantenhamos na posição de piloto e não na de passageiro. As nossas emoções dão-nos a energia para agir, mas cabe-nos a nós agarrar no volante e escolher o caminho.
5. **Compreender e clarificar a nossa forma de sentir:** a emoção é um sinal de que está a acontecer alguma coisa que nos afeta.
6. **Ligarmo-nos aos nossos valores e às necessidades fundamentais que lhe estão associadas:** ser amado, respeitado, tranquilizado... As emoções falam-nos das nossas necessidades. São negativas se estas forem desrespeitadas e positivas se forem satisfeitas. Temos de aprender a identificar essas necessidades, não só para reagirmos quando elas não são satisfeitas, mas também para aprendermos a cultivá-las e a protegê-las «calmamente» (sem agitação emocional excessiva).
7. **Não pensar só nas emoções negativas:** aprender a cultivar e a saborear os bons momentos e as emoções positivas. Elas não vão durar (dizem-nos os pessimistas). É verdade! E depois? O que é efémero e passageiro também nos pode fazer felizes. No que a isto diz respeito, não queremos buscar a beatitude, permanente, mas a felicidade, intermitente.

Figura 5. Dez pontos-chave sobre a Regulação das Emoções

8. Aceitar todas as emoções, positivas e negativas.

As impulsões para reagir e mudar provêm, por vezes, de emoções negativas, mas as impulsões para perseverar e construir resultam, frequentemente, de emoções positivas: temos necessidades das duas.

9. Cuidar do nosso corpo e das nossas relações sociais: praticar exercício físico regularmente e visitar regularmente familiares ou travar novos conhecimentos são dois fatores muito poderosos para o nosso equilíbrio emocional.

10. Aceitar o eterno retorno das emoções negativas: não significa que sejamos incapazes de mudar, mas apenas que o desenvolvimento pessoal é uma obra permanente. E, felizmente para nós, apaixonante..."

* André, C. (2014). Posfácio. In M. Desseilles, & M. Mikolajczak, *Tratado de Regulação das Emoções* (L. Teopisto, Trad., pp. 541-546). Lisboa: Edições Piaget. (Tradução do original francês *Traité de Régulation des Émotions*, 2012, Paris: Groupe de Boeck).

3.6 Avaliação da Intervenção

Atendendo ao enquadramento teórico descrito, foi elaborado um protocolo de avaliação que integrou dois momentos de recolha de dados (previamente e após o término da Intervenção) com recurso à grelha NOC representada na Figura 2. Foram ainda tidos em consideração os comportamentos observáveis dos clientes no decurso e após as sessões e a avaliação subjetiva explanada nos momentos de partilha.

3.7 Resultados

A sistematização dos resultados consta nas Tabela 16 e Tabela 17.

Tabela 16. Resultados referentes aos níveis de sofrimento

Clientes	Momento	Pontuação
M.D.	Início	20
	Final	22
A.F.	Início	26
	Final	31
M.A.	Início	32
	Final	26
A.J.	Início	21
	Final	37
S.A.	Início	42
	Final	37
A.P.	Início	25
	Final	24
A.S.	Início	37
	Final	36
L.P.	Início	19
	Final	41
I.C.	Início	28
	Final	28
C.C.	Início	25
	Final	32
R.M.	Início	55
	Final	56

Tabela 17. Resumo de resultados referentes aos níveis de sofrimento

Resumo de Resultados	n (% relativo)
Total de amostras	11 (100%)
Melhoria	5 (45%)
Pioria	2 (18%)
Sem evolução	4 (36%)

* Resultados sem evolução: $-1 < n < 1$

Num cômputo geral, parece ter-se verificado a minimização da perceção subjetiva do sofrimento, patente na melhoria do estado emocional. Acredita-se que a observância de casos de pioria possa dever-se a um processo de questionamento interno incitado no decurso das sessões, ao qual se associa, inegavelmente, o sofrimento por receio da mudança implicar a reestruturação cognitiva-comportamental.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76, pp. 97-102. DOI: 10.1016/j.jhin.2010.04.027.
- Acil, A., Dogan, S., & Dogan, O. (2008). The effects of physical exercises to mental state and quality of life in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, pp. 808-815. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2008.01317.x.
- Alves de França, D. (2009). *Passeio da Tarde: um estudo sobre "o setting terapêutico ambulante" do Acompanhamento Terapêutico de grupo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília.
- Arriaga, P., & Almeida, G. (2010). Fábrica das emoções: a eficácia da exposição a excertos de filmes na indução de emoções. *Laboratório de Psicologia*, 8 (1), pp. 63-80. Acedido em 23-08-2015. Disponível em https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/.../1/2010_filmes_labpsic-8-1-pp063-080.pdf.
- Azevedo, D. M., & Miranda, F. A. (2011). Oficinas Terapêuticas como Instrumento de Reabilitação Psicossocial: Percepção de Familiares. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15 (2), pp. 339-345. Acedido em 11-06-2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17>.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman & Company.
- Bekker, H., Legare, F., Stacey, D., O'Connor, A., & Lemyre, L. (2003). Is anxiety a suitable measure of decision aid effectiveness: a systematic review? *Patient Education and Counseling*, 50 (3), pp. 255-262. DOI: 10.1016/S0738-3991(03)00045-4.
- Benevides, D., Pinto, A., Cavalcante, C., & Jorge, M. (2010). Cuidado em Saúde Mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital de dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14 (32), pp. 127-138. Acedido em 28-05-2015. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100011>.
- Blatner, A. (1996). *Acting-In: Practical Applications of Psychodramatic Methods* (3th ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Blatner, A. (1997). Psychodrama: The State of the Art. *The Arts in Psychotherapy*, 24 (1), pp. 23-30. Acedido em 10-06-2015. Disponível em www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197455696000573.
- Borges, E., & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de Intervenção no Stress. *Revista*

- Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, pp. 37-42. Acedido em 27-05-2015. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/260765600_Relaxamento_Estrategia_de_intervencao_no_stress.
- Browne, J., Penn, D., Battaglini, C., & Ludwing, K. (2016). Work out by Walking: a Pilot Exercise Program for Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204 (9), pp. 651-657. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000556.
- Bucho, J. L. (2009). Arte-Terapia: Criação e Transformação. In M. Ferraz (Org.), *Terapias Expressivas Integradas* (Vol. I, pp. 55-93). Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.
- Cabete, D. G., Cavaleiro, A. M., & Pinteus, M. T. (2003). Visualização: Uma intervenção possível em Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2 (21), pp. 195-200. Acedido em 02-12-2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a06.pdf>.
- Cramer, H., Lauche, R., Langhorst, J., Dobos, G., & Paul, A. (2013). Characteristics of patients with internal diseases who use relaxations techniques as a coping strategy. *Complementary Therapies in Medicine*, 21 (5), pp. 481-486. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2013.08.001>.
- Cruz, J. F. (1996). Técnicas e Estratégias de Controle do Stress e da Ansiedade na Competição Desportiva. In J. F. Cruz, *Manual de Psicologia do Desporto* (pp. 567-599). Braga: S.H.O - Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/21444>.
- Cruz, J. F., & Viana, M. F. (1996). Treino de Imaginação e Visualização Mental. In J. F. Cruz, *Manual de Psicologia do Desporto* (pp. 627-648). Braga: S.H.O. Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/21437>.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2013). *O Sentimento de Si - Corpo, Emoção e Consciência*. Lisboa: Temas e Debates - Círculo de Leitores.
- David, M. (2010). Novas Contribuições sobre a COmunicação Emocional e a Interacção Interpessoal nos Grupos. *Revista Portuguesa de Grupanálise - Revista Online*, pp. 1-10. Acedido em 23-10-2015. Disponível em http://grupanalise.pt/wp-content/uploads/2015/07/Novas_Contribuies_sobre_a_Comunicacao_Emocional_e_a_In

teraco_Interpessoal_nos_Grupos.pdf.

- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (1996). *Manual de Relaxamento e de Redução do Stress*. (D. M. Bolanho, Trad.) São Paulo: Summus. (Tradução do original em inglês *The Relaxation and Stress Reduction Workbook*, 1982, Oakland: New Harbinger Publications, Inc.).
- Doyle, C. (1998). A Self Psychology Theory of a Role in Drama Therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 25 (4), pp. 223-235. DOI: 10.1016/S0197-4556(98)00018-5.
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experimental approach to change*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Ferro, S. (2012). A Acção Terapêutica em Grupanálise (Interpretação e outros instrumentos de mudança). *Revista Portuguesa de Grupanálise - Revista Online*, pp. 1-13. Acedido em 23-10-2015. Disponível em http://grupanalise.pt/wp-content/uploads/2015/12/Interpretacao_e_Outros_Factores_de_Mudana-Sara_Ferro_RevistaOnlineSPG_2012.pdf.
- Freitas-Magalhães, A. (2011). *A Psicologia das Emoções: o fascínio do rosto humano* (3ª ed.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Gardiner, P., Sadikova, E., Filippeli, A., Mitchell, S., White, L., Saper, R., et al. (2015). Stress Management and Relaxation Techniques use among underserved inpatients in an inner city hospital. *Complementary Therapies in Medicine*, 23 (3), pp. 405-412. DOI: 10.1016/j.ctim.2015.03.006.
- Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional* (17ª ed.). Lisboa: Temas e Debates - Círculo de Leitores.
- Goto, F., Tsutsumi, T., Kabeya, M., & Ogawa, K. (2012). Outcomes of autogenic training for patients with chronic subjective dizziness. *Journal of Psychosomatic Research*, 72 (5), pp. 410-411. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.01.017.
- Greenberg, L. (2010). Emotion-Focused Therapy: A clinical synthesis. *Focus - The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8 (1), pp. 32-42. Acedido em 02-04-2017. Disponível em http://sppc.org.pt/sites/default/files/eft_lesgreenberg.pdf.
- Greenberg, L. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Greenberg, L., & Safran, J. (1989). Emotion in Psychotherapy. *American Psychologist*, 44 (1), pp. 19-29. DOI: DOI: 10.1037//0003-066X.44.1.19.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical*

- Psychology Science and Practice*, 2 (2), pp. 151-164. DOI: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x.
- Guerra, M. P., Lima, L., & Torres, S. (2014). *Intervir em Grupos na Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hipólito, J. (2001). A Terapia Centrada na Pessoa e a Abordagem do Corpo pelo Relaxamento. *A Pessoa Como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 8, pp. 57-63.
- International Council of Nurses. (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Edição Portuguesa ed.). (S. S. Severino, Trad.) Lisboa: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Jardim, M. H. (2002). *Juventude! Que futuro neste mundo imprevisível e de incertezas? Ansiosa? Depressiva? Como prevenir?* (Tese de Doutoramento não publicada), Faculdade de Educação da Universidade da Extremadura, Badajoz.
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Porto Alegre: Artmed (Tradução do original do inglês Nursing outcomes classification, 2000, New York: Mosby Inc.).
- Marinho, D. M. (2009). *Acompanhamento Terapêutico: Caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. (Dissertação de Mestrado não publicada), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Martorell-Poveda, M., Martinez-Hernández, A., Carceller-Maicas, N., & Correa-Urquiza, M. (2015). Self-care strategies for emotional distress among young adults in Catalonia: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 9 (9), pp. 1-11. DOI: 10.1186/s13033-015-0001-2.
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (3ª ed.). (R. Garcez, Trad.) Porto Alegre: Artmed (Tradução do original do inglês Nursing interventions classification NIC, 2000, New York: Mosby Inc.).
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23 (1), pp. 12-28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006.
- Mikolajczak, M., & Desseilles, M. (2014). *Tratado da Regulação das Emoções*. (L. Teopisto, Trad.) Lisboa: Edições Piaget. (Tradução do original do francês *Traité de Régulation des Émotions*, 2012, Bruxelles: Groupe de Boeck, S.A.).
- Moneta, I., & Rousseau, C. (2008). Emotional expression and regulation in a school-based drama workshop for immigrant adolescents with behavioral and learning difficulties. *The Arts in Psychotherapy*, 35, pp. 329-340. DOI: 10.1016/j.aip.2008.07.001.

- Monteiro, R. (1994). *Jogos Dramáticos* (7ª ed.). São Paulo: Ágora.
- Moreno, J. L. (2006). *Psicodrama* (10ª ed.). São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix.
- Muller, M., Calvetti, P., Redivo, L., Geyer, J., & Jarros, R. (2009). Técnicas de Relaxamento e Visualização na Psicologia da Saúde. *Revista de Psicologia da IMED*, 1 (1), pp. 24-33. DOI: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p24-33.
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014). "Walking alongside": collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8 (55), pp. 1-8. DOI: 10.1186/1752-4458-8-55.
- Neto, I. M. (2014). Psicopatologia Relacional: Os Grupos Grupanalíticos como situações de eleição para o seu diagnóstico e elaboração. *Revista Portuguesa de Grupanalise - Revista Online*, pp. 1-9. Acedido a 23-10-2015. Disponível em http://grupanalise.pt/wp-content/uploads/2015/12/Psicopatologia_Relacional.
- Neto, I. M., Fialho, T., Godinho, P., & Centeno, M. J. (2010). Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Grup-Analytic Framework (Part I). *Group Analysis*, 43 (1), pp. 50-64. DOI: 10.1177/0533316409357133.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento - Um Guia Prático para Profissionais de Saúde* (2ª ed.). (S. Ribeiro, & J. Bastos, Trans.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. (Tradução do original em inglês *Relaxation Techniques - A Practical Handbook for the Health Care Professional*, 2000, London: Churchill Livingstone - Harcourt Publishers Limited).
- Pearsall, R., Smith, D., Pelosi, A., & Geddes, J. (2014). Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14 (117), pp. 1-17. DOI: 10.1186/1471-244X-14-117.
- Pearsall, R., Smith, D., Pelosi, A., & Geddes, J. (2014). Exercise Therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 14 (117), pp. 1-17. Acedido em 30-09-2016. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/117>.
- Pelliccioli, E. (2004). *O trabalho de Acompanhamento Terapêutico em Grupo: Novas Tecnologias na Rede Pública de Saúde*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia da Universidade Católica, Rio Grande do Sul.
- Pendzik, S. (2006). On dramatic reality and its therapeutic function in drama therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 33, pp. 271-280. DOI: 10.1016/j.aip.2006.03.001.
- Pio Abreu, J. L. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano* (3ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Pio Abreu, J. L. (2011). *Introdução à Psicopatologia Compreensiva* (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ribeiro, A. M. (2009). A ideia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14 (1), pp. 77-83. Acedido em 23-10-2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100010>.
- Richardson, A. (1969). *Mental Imaginary*. New York: Springer Publishing Company.
- Santos, S. C., & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Form Y para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, pp. 85-98. Acedido em 16-05-2015. Disponível em <https://docs.google.com/file/d/0B0LP1bS3g1daNVJWTHZpU19MWk0/edit>.
- Santos, S., & Silva, D. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) - Form Y para a população portuguesa: primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, pp. 85-98.
- Schultz, J. H. (1967). *Caderno de Exercícios para o Treinamento Autógeno: Auto-Relaxação Concentrativa*. (C. M. Hossri, Trad.) São Paulo: Editora Mestre Jou. (Tradução do original em alemão Übungsheft für das Autogene Training: Konzentrative Selbstentspannung, 12nd ed, 1964, Stuttgart: George Thieme Verlag).
- Serra, A. V. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Edição do Autor.
- Shah, L., Klainin-Yobas, P., Torres, S., & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of Psychoeducation and Relaxation Interventions on Stress-Related Variables in People With Mental Disorders: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, pp. 94-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.11.004>.
- Silva, D. R., & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade - Forma Y (STAI-Y) de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, pp. 71-89. Acedido em 16-05-2016. Disponível em <https://docs.google.com/file/d/0B0LP1bS3g1daeTJCS2sxWU9uVzA/edit>.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory: STAI form Y*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc. Acedido em 11 de janeiro de 2016. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/285117867_State-trait_anxiety_inventory_STAI.
- Strongman, K. (2004). *Psicologia da emoção* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de*

Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6ª ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência. (Tradução do original em inglês *Psychiatric Mental Health Nursing - Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, 2009, Pennsylvania: F. A. Davis Company).

Valladares, A. C. (2005). Possibilidades de avaliação em Arteterapia: o que se deve buscar, o que se deve olhar? In G. Ormezzano (Org.), *Questões de Arteterapia* (2ª ed., pp. 15-32). Passo Fundo: UPF.

Valladares, A. C., & Carvalho, A. M. (2006). A Arteterapia e o desenvolvimento do comportamento no contexto da hospitalização. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 40 (3), pp. 350-355. Acedido em 12-06-2015. Disponível em www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a05.pdf.

Van Lith, T. (2015). Art Making as a Mental Health Recovery Tool for Change and Coping. *Art Therapy*, 32 (1), pp. 5-12. DOI: 10.1080/07421656.2015.992826.

Vicente, L. B. (2005). Psicodrama: Transferência e contra-transferência. *Análise Psicológica*, 23 (2), pp. 79-83. Acedido em 19-06-2015. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312005000200001.

Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. (D. Batista, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas (Traduzido do original em inglês *Group Psychotherapy*, 1989, Washington: American Psychiatric Press, Inc.).

APÊNDICE V
JORNAIS DE APRENDIZAGEM

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Unidade Curricular:
Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM
DO ESTIGMA AO SOFRIMENTO EM PSIQUIATRIA

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Lisboa
abril, 2015

**UNIDADE CURRICULAR:
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

DO ESTIGMA AO SOFRIMENTO EM PSIQUIATRIA

Discente:

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Docente Orientador:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa
abril, 2015

“Desde que me cansei de procurar, aprendi a encontrar.”

Fredrich Nietzsche

É frequente tender a conceituar-se de *anormal* o que não se enquadra na realidade percetiva comum. Com efeito e no âmbito da doença, não encontrando explicações convincentes para a totalidade de determinado fenómeno, categoriza-se como entidade nosológica o que aparenta merecer tal classificação. Na realidade da doença mental a desconsideração tácita da palavra da pessoa que a suporta parece decorrer da postura reticente face o estranho, do receio atávico do que é mental e da fobia da famigerada “loucura”.

No decurso da primeira semana de estágio em internamento de psiquiatria recordo ter vivenciado distintas interações em diferentes ambientes, sendo que todos ocasionaram uma sensação de nudez psicológica e de identificação pessoal. Delas sobressaiu que é ténue a liminaridade entre a condição de saúde e a de doença mental e pude então dar-me conta que a estigmatização se principia no próprio profissional de saúde quando desconhecedor da realidade da psiquiatria. Do contacto diário com a pessoa detentora de doença mental os mitos de incurabilidade, perigosidade e incapacidade desvaneceram-se, a aversão estigmatizante desorganizou-se e foi emergindo o facto da condição humana implicar, *per se*, vulnerabilidade em determinado momento. Não havendo experiência prévia nesta especialidade, procurou priorizar-se a relação interpessoal e atender-se à vulnerabilidade do outro, o que pressupôs vislumbrá-lo para lá da psicopatologia e ir ao encontro das suas raízes. Assim, a cada interação, a fragilidade dos estereótipos foi sendo descortinada e abandonados os preconceitos porque se revelaram fatores impeditivos de se abordar a totalidade da compreensão humana.

Numa segunda instância e muito embora cada narrativa de vida seja singular, pude perceber que todas pareceram convergir num aspeto comum: a experiência de sofrimento. De facto, ao limitar a pessoa de aceder aos seus horizontes por dificultar a sua capacidade de interação com o mundo, a doença mental gera sofrimento e passa a ser percebida como ameaça de aniquilamento do eu na corporeidade (Renaud, 1995). Se associada a perda de papéis ou estatutos sociais, o sofrimento parece amplificar-se: a doença é vivida como sinal de afastamento afetivo quando se apreende que tal experiência não é reconhecida interpessoalmente. Por último, ao condicionar o poder de dar sentido à vida, a doença parece determinar a perda de coerência do eu, advindo o sofrimento na vontade e acarretando

desregulação emocional. De qualquer modo e independentemente da sua expressão, o sofrimento parece ser experienciado pela pessoa com doença mental como total. A este propósito e em jeito de analepse das interações estabelecidas, problematizo agora se não terei ficado refém da vertente negativa do sofrimento e conjeturo se tal não possa ter conduzido a um bloqueio comunicacional e a um certo paternalismo atitudinal, também ele estigmatizante.

Independentemente dos crassos erros que pautaram as interações estabelecidas, creio que estes foram, gradativamente, potenciando a autoanálise, essencial a uma prática competente. De facto, ainda que se afigurem árduos, o pensamento crítico e a análise de situações particulares de cuidado surgem como pilares do agir profissional pelo que importa que estes sejam entendidos como coordenadas no mapeamento do próprio processo de aprendizagem. Nesta sequência, a identificação de pontos de pontos fracos na prática parece constituir o primeiro passo na orientação de aprendizagens e desenvolvimento de competências vindouras.

Em jeito de análise, urge perspetivar-se o sofrimento como uma característica ontológica, uma experiência holística, profundamente subjetiva e inserida na biografia e experiências de vida do ser humano. Esta vivência está associada a uma situação avaliada como ameaça para a integridade da pessoa ou para o seu projeto de futuro e é vivida como um estado psicoafectivo e motivacional negativo. Porém, a exequibilidade de superação da perturbação que poderá constituir a doença implica a premência do estabelecimento de um processo relacional de ajuda, baseado num envolvimento compreensivo, objetivando a promoção da autoestima e adoção de uma atitude de aceitação positiva. Cumulativamente, a experiência de sofrimento poderá guiar as respostas de cuidado enquanto se motiva no outro a integração do próprio sofrimento e a procura do seu significado (Kahn & Steeves, 1996). Dada a natureza destruturadora do eu psicossocial e de confronto do indivíduo com a sua vulnerabilidade e limites, o sofrimento pode assim assumir um papel positivo, como fator de reajustamento e de procura de novos sentidos para a vida.

Para que tal seja possível, importa o acesso ao verdadeiro mundo interior da pessoa com doença mental. Mais que um cliché, na psiquiatria impera a escuta do outro e importa contrariar-se a vontade da verborreia interrogativa, indispensável à elaboração de uma boa história clínica. Há a considerar a compreensão das emoções que a habitam e a sua motivação para o envolvimento no processo terapêutico e para a reorientação do seu plano de vida. Reciprocamente, importa que o enfermeiro proceda à identificação dos mitos, crenças erróneas e representações sociais face à doença mental, visando a compreensão do significado individual que a doença assume para a pessoa (Chalifour, 2008). Neste âmago, poderá também radicar um

campo de intervenção de enfermagem crucial no combate à estigmatização e ao alcance do tão almejado *recovery*.

Atendendo à complexidade do cuidar, e ao invés da fragmentação que se pensa ter ocasionado em cada interação estabelecida, torna-se imperioso olhar a pessoa nas suas distintas esferas de interação. Como diria Watts urge “ver uma folha em toda a sua clareza sem perder de vista a sua relação com a árvore” (Hesbeen, 2004, p. 34). Trata-se, portanto, de conciliar as vantagens do “pensamento disjuntivo” (que identifica os distintos elementos) e do “pensamento global” (os elementos são reunidos num todo), enquadrados num “pensamento complexo” que realce as interações constantes estabelecidas entre os diferentes elementos (Hesbeen, 2004, p.34). Considerando estes aspetos, a consecução de uma efetiva relação de ajuda pressupõe a centralização dos cuidados sobre o cliente e percecioná-lo como um ser detentor de capacidades de superação de crise, como um ser criativo, apto a percecionar o seu problema e em condição de evoluir, mobilizando os recursos de que dispõe, decidindo e empenhando-se na ação. Para tal será também necessário desconstruir o “estigma internalizado” do próprio enfermeiro (Oliveira & Filipe, 2009, p. 25), direcionando-se a sua intervenção ao reforço da autoestima e autoeficácia do outro a que se dirige.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (G. Toletti, & M. Vieira, Trans.) Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste Mundo*. (M. Ferreira, Trad.) Loures: Lusociência.
- Kahn, D., & Steeves, R. (1996). An Understanding of Suffering Grounded in Clinical Practice and Research. In B. Ferrell, *Suffering* (pp. 3-27). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Oliveira, S., & Filipe, C. (2009). *Guia de Recursos de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*. Caldas da Rainha: Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor.
- Renaud, M. (Abril de 1995). Eugenismo e o Mito da Perfeição. *Cadernos de Bioética*, 9, pp. 15-28.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (6ª ed.). (S. C. Rodrigues, Trad.) Loures: Lusociência.

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Unidade Curricular:
Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

DA EMOÇÃO À AMPLIFICAÇÃO DA CONSCIÊNCIA DO EU

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Lisboa
maio, 2015

**UNIDADE CURRICULAR:
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

DA EMOÇÃO À AMPLIFICAÇÃO DA CONSCIÊNCIA DO EU

Discente:

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Docente/Tutor:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa

maio, 2015

no esforço para entender o comportamento humano,
muitos tentaram passar ao largo da emoção, mas não tiveram êxito.
O comportamento e a mente (...) recusam revelar os seus segredos,
a menos que a emoção (e muitos dos fenómenos que se escondem sob o seu nome)
seja inserida na equação e tenha a sua importância reconhecida.
(Damásio, 2011, p. 140)

O momento que se evoca integra-se na sessão de Grupo Terapêutico na manhã de sexta-feira, 22 de maio do ano corrente, decorrida na sala de atividades do Hospital de Dia de Psiquiatria. A interação grupal versava a passividade da cliente A. P. P., de 50 anos, face aos comportamentos intrusivos do marido, quando foi questionada sobre a sua emocionalidade. A resposta revelou-se-me acutilante quando revelou “Não consigo responder-lhe [ao marido]. Quero, eu quero, mas não consigo... Depois sinto-me triste” (sic).

A propósito dos limites psíquicos e de desejo de ação escamoteado de inércia fui sendo absorvida por recordações que ainda hoje trago cravadas na mente e que me perpetraram a alma. Nunca afirmações como “da minha parte, não vais ver a tua vida facilitada...” (sic) haveriam de assolar-me a mente quando revelei à equipa, entusiasticamente, a entrada na Especialidade. Uma incredulidade e um gélido silêncio, que ainda atónita recordo, inundaram-me, bloqueando uma qualquer refutação verbal. Lembro de ter-me perspetivado num campo de batalha, num purgatório, num local onde as condições de trabalho se dilaceram com a instalação de comunicações não éticas que agredem a integridade psíquica de uma pessoa. Este foi, somente, um exemplo da guerrilha verbal e coação psicológica que experienciei durante quatro anos. Como todos os agrupamentos humanos, o local de trabalho representa uma indiscutível fonte de tensões entre os indivíduos que o compõem e que explodem, na maior parte das vezes, sob a forma de pequenos conflitos esquecidos passado o calor da emoção. No entanto, ainda que comportamentos hostis observados isoladamente possam parecer inofensivos, a sua repetição continuada traz efeitos nocivos. As asserções das colegas vieram acentuar de negro uma nuvem já por si cinzenta e agravar o meu humor já depressivo. O sorriso, já escasso, foi sendo substituído por um semblante (dizem) lúgubre, embotado. Destaco este momento por considerar que pode desestruturar a vida de uma pessoa, não somente no que se refere ao desempenho no trabalho, mas também à autoestima e relações sociais. De facto, a vergonha, o respeito e a moralidade foram, progressivamente, dando lugar

ao desespero, à obsessão e à temeridade. Daí que o constrangimento face a este jogo psicológico tenha conduzido a um bloqueio comunicacional, tal como sucedeu a A. P. P.

Em jeito retrospectivo creio que invasão pelo objeto constituiu, pois, o mote para a instalação de um processo de identificação com a cliente A. P. P. e para o confronto com as formas de organização do meu pensamento. As sensações de vazio crónico, a fragilidade egóica (Rocha, 2008), a insegurança, o sentimento de inferioridade e o recurso a mecanismos de defesa como a idealização primitiva, a projeção e o controlo são denominadores patológicos comuns que impelem ao seu escrutínio. E ainda que eu resista à emergência de problemas emocionais não adequadamente resolvidos e, portanto, recalcados, surge o receio que as minhas fragilidades se reflitam nos cuidados ao outro, fracassando numa intervenção que se pretende terapêutica. De facto, perante um desconforto emocional, encontra-se comprometida a dinâmica e a mobilização interna dos recursos psíquicos fundamentais para uma eficaz adaptabilidade, do mesmo modo que se o pensamento é rígido e inadaptado, produz respostas inflexíveis a uma ampla série de situações pessoais e sociais (McWilliams, 2005) e impede um raciocínio funcional (Sá, 2003).

Submeter-me ao escrutínio clínico afigura-se um processo delicado ao implicar o desvanecer das amarras da subjetividade e incitar o compromisso com a mudança. Com efeito, a reflexão *per se* não é suficiente, sendo necessário que encerre energia, de forma a re-significar o vivido, atingir um grau de elaboração pessoal que vise aumentar a eficácia adaptativa. Importa que me decida pela procura de apoio visando uma mudança a nível estrutural, tanto superficial como em profundidade, com o objetivo da aquisição de uma estrutura mais madura que apresente uma maior integração do eu e menos conflito interno. Urge investir-se na plastificação psíquica e no envolvimento pró-ativo na procura do *awareness*, na consciencialização e aceitação das características idiossincráticas individuais. Este ato de tornar consciente o que havia sido mantido inconsciente é um verdadeiro repto.

Concluindo, no decorrer desta primeira semana no Hospital de Dia de Psiquiatria pude dar-me conta que uma das vertentes mais significativas da relação terapêutica consiste num questionamento permanente de si e das práticas, visando a sua (des/re)construção. À semelhança de uma relação terapêutica de índole existencial humanista, a abordagem psicodinâmica das emoções parece radicar no repto de “remeter o indivíduo a si” estimulando o reconhecimento da impessoalidade individual, o questionamento, a apreciação dos limites, dos valores, das motivações, da expressão emocional, das atitudes favorecedoras do contacto

interpessoal, das habilidades relacionais de suporte, da comunicação eficaz, portanto, o desenvolvimento de juízo crítico e das capacidades de reflexão e análise. Com efeito, o incitamento à introspeção e autoanálise fomenta a identificação dos processos intuitivos, sentimentos, pensamentos, emoções, fantasias, promove a eficácia de uma relação terapêutica pela possibilidade de compreensão de mim própria e aquisição de maior discernimento e perspicácia no conhecimento do Outro. Neste contexto, a descoberta da autoconsciência (*self-awareness*) apresenta-se, assim, um verdadeiro desafio: aceitar as próprias limitações, redutos, fragilidades, incoerências, para ir ao encontro do cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Damásio, A. (2011). *E o Cérebro criou o Homem*. (L. Motta, Trad.) São Paulo: Companhia das Letras.

McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico - Compreender a estrutura da personalidade no processo clínico*. Lisboa: Climepsi Editores.

Rocha, Z. (2008). Para uma abordagem estrutural da depressão: contribuições freudianas. *Psychê*, 12(23).

Rocha, Z. (2008). Para uma abordagem estrutural da depressão: contribuições freudianas. *Psyche*.

Sá, E. (2003). *Textos com Psicanálise*. Lisboa: Fim de Século.

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Unidade Curricular:
Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM
O CAMINHO DA AUTORREFLEXÃO

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Lisboa
maio, 2015

UNIDADE CURRICULAR:
ESTÁGIO COM RELATÓRIO

JORNAL DE APRENDIZAGEM
O CAMINHO DA AUTORREFLEXÃO

Discente:

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Docente/Tutor:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa
maio, 2015

a Cura é percebermos que as coisas não têm de ser perfeitas para valerem a pena.

A Cura é percebermos que está nas nossas mãos mudarmos em nós
aquilo que parece definitivo e impossível de mudar. (...)

A Cura é percebermos que viver agarrado ao passado é hipotecar o futuro.

(Hugo, 2000, Hospital de Dia de Psiquiatria)

No espaço analítico, a investigação do sentido latente das palavras visando o acesso à significação individual da comunicação, o aprofundamento do *insight*, o acesso ao conflito intrapsíquico e a reconstrução das experiências de vida, afigura-se complexo. No e pelo grupo terapêutico, admite-se a possibilidade de promover-se a consciencialização de emoções e sentimentos, a mentalização e a perlaboração das crises (Cortesão, 2008), pela ativação dos fenómenos de espelho. Nesta continuidade, sobressai que “a cura” parece relacionar-se com o tornar consciente o inconsciente.

No decurso da semana transata, relembro a sessão do grupo multifamiliar de 26 de maio a propósito da necessidade de explicitação do reconhecimento na relação diádica filhos-pais. As palavras de M. “por muito que eu me esforce nunca sou reconhecido” (sic) vieram a assumir uma ressonância inesperada, ocasionando um processo de identificação pessoal. Efetivamente, percebi na proposição de M. uma finalidade mutuamente interpretativa para ambos. Em que medida também necessito de reconhecimento? Que relevância assume?

À semelhança de uma espada que de forma arguta trespassa o corpo, aquela oração invadiu o meu legado das memórias, levando-me a sentir-me desnudada. E pude constatar que, afinal, me tornei inábil ao seu esquecimento. Percorrendo retrospectivamente a minha vida, reconheço que a necessidade de alcançar a perfeição radica na procura incessante da excelência e do sucesso pessoal. Impulsionada pela imperiosidade obsessiva de evitar falhar e dirigida por ideias intrusivas recorrentes de rejeição social, cresci a autoavaliar-me de acordo com a aprovação parental. Numa tentativa de proteção do criticismo severo, o gatilho do perfeccionismo foi sendo ininterruptamente limado a fim de corresponder às (in)atingíveis expectativas e acolher o sentimento de ser-se merecedor de afeto. Todavia, para quem procura tornar-se perfeito, a exigência é desmedida e tudo é desgastante, frustrante e forjado pela assombração de pensamentos impiedosos de autodepreciação e autocrítica. Nunca nada foi ou é suficientemente bom. Além disso, a formação inflexível do pensamento revela-se impeditiva da adaptação plena a distintas situações: a infindável lista de «devo» estrutura e

conduz rigidamente a vida, sendo fonte profícua de ansiedade, anedonia e um vazio interior da ordem do desamparo. Todavia, estes sintomas sob o signo do diagnóstico de *depressão*, escamoteiam um sentido, alertam para a singularidade do sofrimento emocional e subjazem a uma estrutura psíquica.

Para Fédida (2002), é mergulhando no sintoma que se apreende a inteligibilidade da estrutura. Em jeito de análise, o neuroticismo que tem forjado a minha vida surge em defesa do peso insuportável que por vezes representa a realidade do mundo exterior sendo, portanto, reativo a fatores exógenos como sejam as vivências traumatizantes de frustrações académicas, as experiências abandonicas parentais e sociais, o desejo onipotente de ambição, o reconhecimento imposto da impossibilidade de concretização de um desejo, consecutivamente recalcados. Simultaneamente, parece ser expressão simbólica de um conflito intrapsíquico ainda não resolvido entre as instâncias do ego e do id (Rocha, 2008). Para o autor, são sacrificados os requisitos deste último para se atender às solicitações do superego e exigências da realidade. Perscrutando-me, dou-me agora conta que detenho uma falha narcísica, de inferioridade e que, acerrimamente, fui alimentando um ideal de eu edificado numa extrema exigência e na necessidade de controlo absoluto.

Como foi mantida a ilusão de continuidade e de reciprocidade entre mim e o outro se, paradoxalmente, se deseja a perda objetual (para almejar a tão desejada tranquilidade)?

Terão as relações sido constantemente perturbadas por hiatos empáticos?

Porque foi sendo bloqueada a capacidade de ressignificar? Como atingir a capacidade transmutadora?

Estas são algumas questões do reportório que espero ainda ver esclarecidas. O tempo urge, se considerar que pelas intervenções de âmbito terapêutico *o outro* poderá discernir-me. Assim como “é na experiência analítica – o aqui e agora – que é possível descobrir, através da transferência do sujeito, o seu mundo infantil precoce” (Nascimento, Pinheiro, Cunha, Rosa, & Machado, 2011, p. 470), o recíproco poderá ser igualmente válido, pelo que importa que eu, enquanto enfermeira me questione sobre o que represento para o cliente. Porque

nesta coexistência de malas [a do terapeuta e a do cliente] [importa que o enfermeiro] conheça e reconheça a sua mala, que saiba confortavelmente o que transporta na sua mala de relação. Já que as roupas, os conteúdos mais ou menos contidos, vão movimentar-se na relação entre os dois, já que é este movimento que permitirá um pensar transformador sobre a mala e os seus conteúdos, já que será esse

mesmo movimento o responsável por momentos e movimentos de paralisia, confusão, como uma roupa que não serve os conteúdos perdidos/achados, não reconhecíveis, mas confortáveis porque escondem. (Nascimento, Pinheiro, Cunha, Rosa, & Machado, 2011, p. 468)

Concluindo, as subjetividades que sobressaem do grupo terapêutico têm impelido à reflexão sobre um certo grau de fragmentação do eu e determinado que o distress que vou gradualmente descortinando e evocando ganhe um novo contorno. Importa que aquilo que não é possível ser pensado e transformado o possa vir a ser, numa relação (terapêutica) que suscite a constituição de novos significados e novos sentidos. Para que tal se verifique, «prometo falhar»...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cortesão, E. (2008). *Grupanálise - Teoria e Técnica* (2ª ed.). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Grupanálise.
- Fédida, P. (2002). *Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia*. (M. Gambini, Trad.) São Paulo: Escuta.
- Nascimento, A., Pinheiro, C., Cunha, I., Rosa, M., & Machado, R. (2011). Sobre o que se transporta: (Contra)Transferência(s). *Análise Psicológica*, 29 (3), pp. 467-482.
- Rocha, Z. (2008). Para uma abordagem estrutural da depressão: contribuições freudianas. *Psychê - Revista de psicanálise*, 12 (23), pp. 1-15.

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Unidade Curricular:
Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM

ELABORAR A RELAÇÃO E A EMOCIONALIDADE

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Lisboa
junho, 2015

**UNIDADE CURRICULAR:
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

ELABORAR A RELAÇÃO E A EMOCIONALIDADE

Discente:

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Docente/Tutor:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa

junho, 2015

“só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos...”

(Saint-Exupéry, 2005, p. 74)

A problemática dos cuidados ao doente mental constitui-se como um capítulo de relevância ímpar na ampla área dos cuidados de saúde, se se atender à dificuldade da integração da vivência de doença. Este processo de re-significação do vivido apela a cuidados emocionais e à transformação da gestão das emoções numa intervenção terapêutica. Efetivamente, a inegável importância dos processos emocionais no funcionamento adaptativo despoleta a necessidade de compreender as emoções e o processo regulatório inerente, enquanto intervenção de enfermagem. Nestas circunstâncias, o trabalho emocional com a intencionalidade de promover o bem-estar global e possibilitar o processo de *healing* (entendido como a restauração do equilíbrio da totalidade da pessoa) (Diogo, 2012), revela-se essencial na relação de cuidados.

Atendendo ao exposto, a semana transata foi pautada pela proposta de compreensão da emocionalidade inerente a eventos vividos percebidos como significativos. Pretendendo intervir-se profundamente, procurou vasculhar-se em territórios recônditos da mente, indagar quais as raízes com intuito maior de “lançar novas radículas” (Coimbra de Matos, 1997, p. 872). Rememoro as palavras de I.C. quando, melancolicamente, retorquiu “sempre fui de uma grande exigência para mim própria. Houve sempre a necessidade de investir nos estudos, se calhar para fugir às perdas dos familiares”. I.C. referia-se aos penosos falecimentos do avô e madrinha. Contudo, perscrutando a sua infância e adolescência, confidenciou *a posteriori* que se verificaram perdas de outra índole: parentais (vinculação evitante) e sociais (na sequência de *bullying*).

Efetuada uma analepse, estou convicta que num primeiro momento as diretrizes teóricas da comunicação imbuíram de tal forma a minha mente que recordo ter-me sido árduo concentrar-me no que estava a ser explanado e apropriar-me dos sentimentos da cliente. Todavia, à semelhança de uma relação oportunista, a atenção foi-se acoplando ao conteúdo exposto e portanto ao problema (a ponto de ter ocorrido, uma vez mais, um processo de identificação), em detrimento de avaliar-se a emoção dele emanada, como seria expectável. No que tange à linguagem verbal, considero não ter empregue as estratégias de uma relação que se pretende centrada. O mutismo pautou a minha intervenção, impregnando-o de frustração. Num outro

prisma, face a uma cliente que domina o discurso, sob risco de coartar a evocação dos seus sentimentos, acabei por não dirigi-la para *o aqui e agora*, facto que acabou por impossibilitar que a relação tomasse outro rumo. De facto, o problema das palavras, assim como a sua força, reside no seu extraordinário poder de condensação: tanto poderão propiciar a estruturação do pensamento do *outro* como, ao invés do que se tenciona, serem desorganizadoras psíquicas pela ansiedade que lhes poderá estar inerente. Considero não ter estado à altura de oferecer uma ajuda efetiva ou de transmitir alguma orientação de suporte, por não ter assegurado o distanciamento terapêutico e por não dispor de experiência suficiente para desconstruir a mensagem que me foi comunicada. Nesta procura incessante de um cuidar que pretende individualizar-se, assolam-me indagações: como poderei eu ir ao encontro do cliente além da apreensão do seu quadro referencial? Como forjar, original e individualmente a relação?

À distância de dias, admito que a capacidade de ter acesso às experiências sobre a vinculação e de as integrar num todo coerente parece determinar a regulação emocional e concorrer um trajetória adaptativa. A realidade de I.C parece ser a de falha da relação vincular, a de uma relação desajustada, insuficientemente vivida e precocemente perdida. Este modelo de relação, internalizada na infância e adolescência, parece estruturar um modelo relacional interno perturbado que determinou as suas escolhas sequentes, perpetuando a patologia. Por via desta emergiu a doença mental, alimentada e reforçada pelas novas relações interpessoais patológicas que a mutação da personalidade foi ocasionando nos objetos relacionais.

Importa pois saber perscrutá-la por intermédio do estabelecimento de uma relação terapêutica que, ao contrário do que por mim foi efetuado, genuinamente se oferece ou põe à disposição. Nela, impõe-se a re-significação da experiência emocional e o incremento do autoconhecimento mediante a conquista de fragmentos significativos inconscientes “oriundos de informações excluídos e de produtos do processamento mental subliminar não incluídos (resultados ignorados do pensamento automático e das escolhas instintivo-afetivas imediatas)” (Coimbra de Matos, 1997, p. 872). Paralelamente, a repetição da vinculação hostil pelo fenómeno da transferência, acarretará a sua dissolução por via da análise e interpretação de tal forma a que se dá lugar a um “círculo virtuoso de expansão da mente” (Coimbra de Matos, 1997, p. 874). E assim se caminha no sentido da saúde mental.

Acredito portanto que ao colocar a tónica da expressão emocional “no eixo da compreensão dos fenómenos mentais e no fulcro da acção terapêutica” (Neto, 2014, p. 7), o enfermeiro desloca-se à necessidade íntima de cada um, sendo côncavo, aconchegante e simultaneamente

acutilante. Será por via desta relação sanígena que se co-constrói com o cliente, relação com capacidade reparadora, desbloqueadora e promotora do desenvolvimento (inter) pessoal e da criatividade, que se instalará o processo de mudança do narcisismo para a objetividade. Creio, portanto que a ênfase na emocionalidade alberga em si o verdadeiro potencial psicoterapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Coimbra de Matos, A. (1997). Progressos no Tratamento Psicanalítico. *Acta Médica Portuguesa* (12), pp. 871-874.

Diogo, P. M. (2012). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência.

Neto, D. (2014). *Psicoterapia Emocional e Bonding*. Lisboa: Climepsi Editores.

Saint-Exupéry, A. (2005). *O Príncipezinho* (25ª ed.). (J. M. Varela, Trad.) Lisboa: Editorial Presença. (Tradução do original francês *Le Petit Prince*, 1946, Paris: Éditions Gallimard).

5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Unidade Curricular:
Estágio com Relatório

JORNAL DE APRENDIZAGEM
AMPLIANDO A CONSCIÊNCIA DO EU (PARTE II)

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Lisboa
junho, 2015

**UNIDADE CURRICULAR:
ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

JORNAL DE APRENDIZAGEM

AMPLIANDO A CONSCIÊNCIA DO EU (PARTE II)

Discente:

Catarina Isabel dos Santos Carrola, nº 5446

Docente/Tutor:

Professora Doutora Francisca Manso

Lisboa

junho, 2015

“consciência-de-si é a reflexão, a partir do ser do mundo sensível e percebido; é essencialmente o retorno a partir do ser-Outro.”

(Hegel, 1992, p. 120)

A semana transata foi forjada por um turbilhão emocional cujo rastilho radicou na desconstrução do passado vivido (emocionalmente experimentado), no dismantelamento das relações patológicas internalizadas mediante a interpretação direta da transferência de repetição pela enfermeira orientadora. Da aferição da emocionalidade inerente à intervenção grupal à indução da regressão terapêutica necessária à espontaneidade do processo transferencial a viagem foi incredulamente breve. No seu decurso, a sensação de nudez psicológica foi assumindo maior nitidez deixando desvelar-se um Eu insano,

fechado num sistema de crenças, guiado por convicções inabaláveis, incapaz de mudar de perspectiva, colado a ideologias saturadas, suspenso numa cultura datada, tolhido na tomada de decisões, prisioneiro de perdas irreparáveis, atulhado de raivas inconsequentes ou improdutivas, impotente para apoderar-se dos seus próprios poderes, numa palavra, falhado, na sua independência, autodeterminação e liberdade de ser e crescer, porque enleado nos seus conflitos internos e bloqueado pelas restrições inconscientes que a cultura/educação lhe inculcaram e o medo, a culpa e/ou a vergonha ampliaram escandalosamente (Coimbra de Matos, 1997, p. 872).

Retrospetivamente, dou-me conta que naquele encontro vivi a ambivalência entre a pretensão da fuga e a necessidade de permanecer, de confrontar-me com a flutuação narcísica, com o desejo puritano de humildade e paradoxalmente pretensioso de sucesso pessoal.

Sob o signo de depressão introjetiva, a vulnerabilidade que me assiste não é mais que um enredo onde o exacerbado autocrítico, a ambição de realização e perfeição constantes e a reconhecida preocupação excessiva com o autocontrolo se interpenetram. Tais exigências parecem ser prodrómicas da excelência que se almeja a todo o custo e da inevitável obrigatoriedade de ser bem-sucedida. Estou convicta que o perfeccionismo que norteia o meu caminhar é inerente ao receio atávico de errar, como se a aprendizagem fosse possível sem a componente do erro. Sou movida pela necessidade de provar a um *alter-ego* que “serei capaz”, embora reconheça intimamente que jamais encontrarei algum senso valorativo.

Pinto o quadro do Real sem o meio-termo necessário à homeostasia emocional: nele, somente a dicotomia perfeição-displicência parece existir. Nesta minha realidade, o padrão é elevadíssimo, como se inatingível, pelo que o nível interno é de uma excruciante frustração. Não assentindo o fracasso, reforça-se o medo e dificulta-se a realização em todos os seus domínios, advindo a frustração, os sentimentos de indignidade, inferioridade e culpa. Semanas volvidas desde o início do estágio, presumo que a emocionalidade subjacente a estes sentires decorra de perceções negativas na infância, reflexo das avaliações negativas dos cuidadores. O amor e aprovação parentais parecem ter sido condições para o bom desempenho, objetivando a satisfação das restritas e severas expectativas daqueles. Independentemente da sua génese, a pudor permeia ainda a incapacidade que persiste em atingir-se o *self* idealizado.

A evidência revela que intervenção psicodinâmica almeja o sentido de um decremento do sofrimento, com o reequacionar dos problemas emocionais. Todavia, ainda que a renovação pessoal sob o título de mudança psíquica se afigure uma “alternativa viável”, acaba por sobrepor-se a procrastinação mediante justificações intelectualizadas. De facto, na certeza de sou prisioneira da minha própria mente porque instigadora de pensamentos obsessivos, a reflexão aciona o sofrimento, embora o ato de não pensar, igualmente o amplifique.

Como invalidar a inflexibilidade e desorganizar a robusta matriz da rigidez cognitiva?

Como atingir a perseverança desmesurada capaz de superar os padrões repetitivos da conduta autodestrutiva que diariamente é alimentada?

Apesar de considerar o meu espaço psíquico ainda inclusivo, oculto, desejo que a auscultação atenta do sentido inconsciente do aqui e agora numa certa atitude exploratória, amplie a compreensão e a re-significação das vivências. Aspiro a reconciliação com vida e a possibilidade de viver experiências que não sejam impeditivas de felicidade mas promotoras da organização psíquica. A motivação e a resistência marcham em paralelo... Serei eu capaz de avaliar realisticamente as opções que acarreta cada caminho e comprometer-me na construção de uma relação sanígena?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Coimbra de Matos, A. (1997). Progressos no Tratamento Psicanalítico. *Acta Médica*

Hegel, G. (1992). *Fenomenologia do Espírito* (2ª ed., Vol. I). (P. Meneses, & K. Efen, Trads.) Petrópolis: Vozes. (Tradução do original alemão *Phänomenologie des Geistes*, 1988, Hamburg: Felix Meiner Verlag.).

APÊNDICE VI
PLANIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM
CONTEXTO ONCOLÓGICO

“Agir de forma proativa é, hoje, uma necessidade da intervenção em oncologia.”
(Pires, 2015, p. 441)

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

EESMP	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
HT	Hormonoterapia
IPOLFG	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil
QT	Quimioterapia
NCI	<i>National Cancer Institute</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
RT	Radioterapia

LISTA DE ABREVIATURAS

et al.	e outros
p.	página
Enf ^a	Enfermeira
Sra.	Senhora
Sra. Enf ^a	Senhora Enfermeira

LISTA DE CARACTERES

'	minutos
''	segundos

ÍNDICE

1 INTERVENÇÃO INDIVIDUAL.....	9
1.1 Relação de Ajuda como Intervenção	9
1.1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	9
1.1.2 OPERACIONALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DE AJUDA.....	11
1.1.3 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	20
1.2 Apoio Psicossocial.....	22
2 INTERVENÇÃO GRUPAL “GESTÃO EMOCIONAL ASSOCIADA À VIVÊNCIA DA DOENÇA ONCOLÓGICA”.....	24
2.1 Referencial Teórico	24
2.1.1 CUIDADOS AO SOBREVIVENTE COM <i>DISTRESS</i>	24
2.1.2 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA GRUPAL EM ONCOLOGIA.....	26
2.1.3 INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE NATUREZA SOCIOTERAPÊUTICA	27
2.2 Participantes.....	29
2.3 Instrumentos de Avaliação	29
2.4 Objetivos.....	32
2.5 Planificação das Sessões.....	32
2.5.1 SESSÃO 1 - «APRECIAR O PASSADO I»	32
2.5.2 SESSÃO 2 - «APRECIAR O PASSADO II».....	35
2.5.3 SESSÃO 3 - «CELEBRAR O PRESENTE»	41
2.5.4 SESSÃO 4 - «PROJETAR O FUTURO»	47
2.6 Avaliação da Intervenção	51
2.7 Resultados.....	51
3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Grelha de classificação do Sofrimento Emocional.....	31
Figura 2. Imagem da dinâmica “ <i>Crítica Positiva</i> ”	37
Figura 3. Imagem da dinâmica “ <i>A Flor</i> ”	38
Figura 4. Imagem da dinâmica “ <i>O Piano pessoal</i> ”	38
Figura 5. Memorando de auxílio relativo às Estratégias de Coping Adaptativas	39
Figura 6. Dez pontos-chave sobre a Regulação das Emoções	50
Figura 7. Inquérito de Satisfação da intervenção	53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Planificação Sessão 1 «Apreciar o Passado I»	33
Tabela 2. Planificação Sessão 2 «Apreciar o Passado II»	36
Tabela 3. Planificação Sessão 3 «Celebrar o Presente»	42
Tabela 4. Planificação Sessão 4 «Projetar o Futuro»	48
Tabela 5. Resultados dos níveis de sofrimentos mencionados antes e após a intervenção.....	51
Tabela 6. Sistematização dos resultados referentes aos níveis de sofrimento	51
Tabela 7. Resultados referentes ao inquérito de satisfação da intervenção	54

1 INTERVENÇÃO INDIVIDUAL

Num primeiro contacto, procurou proceder-se à recolha de informações essenciais para um processo de ajuda efetiva. Não foram utilizados instrumentos de avaliação para evitar sobrecarregar a cliente e condicionar a informação a ser colhida.

Sra. L.B., de 56 anos de idade. Natural da Guiné Bissau onde exerce funções de Auxiliar do Ministério da Justiça. Casada e com 4 filhos adultos.

Proveniente daquele território em 2013, ao abrigo do protocolo de cooperação estabelecido com Serviço Nacional de Saúde. A residir sozinha, num quarto alugado.

Admitida no IPOLFG, E.P.E com o diagnóstico de Tumor Localmente Avançado da Mama esquerda com infiltração cutânea, escavado axilar e região esternal. Efetuou QT neoadjuvante de maio a setembro/2013, após o que foi intervencionada cirurgicamente, tendo sido submetida a Mastectomia Radical modificada ipsilateral. Sujeita a RT adjuvante, a HT e a reconstrução mamária com retalho do grande dorsal em 2014.

Em remissão clínica até abril/2015, quando surge uma modularidade sugestiva de malignidade a nível da cicatriz operatória. Exames complementares foram compatíveis com recidiva da parede torácica com múltiplas adenopatias mediastínicas e metástases pulmonares. Iniciou QT semanal até setembro, com resposta parcial, persistindo lesão vegetante com 8 cm de diâmetro. Excluída possibilidade de re-irradiação.

Referenciada à equipa intrahospitalar de feridas, onde iniciou tratamento sintomático.

Solicitado apoio psico-oncológico por «humor depressivo, labilidade emocional e problemas económicos», conforme registo clínico a que se acedeu.

Verificações:

- a Sra. L.B. apresenta um problema vivencial que não consegue resolver mediante a utilização dos recursos que estão ao seu dispor;
- evidencia recursos cognitivos e *insight* a respeito do seu problema;
- demonstra motivação para ser um elemento ativo na resolução do mesmo.

1.1 Relação de Ajuda como Intervenção

1.1.1 Enquadramento Conceptual

Phaneuf (1995) sustenta que a relação de ajuda “aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o seu carácter de respeito e de confiança no Homem, mas assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa” (p. 3). A este respeito, Trindade & Teixeira (2000) salientam que “seja qual for o modelo (...) há vantagem em integrá-lo numa abordagem holística da saúde que inclua a consideração simultânea do bem-estar psicológico, das competências sociais e da qualidade de vida” (p. 8).

Se o desejo tácito da profissão é cuidar, o que significa entrar e permanecer em contacto com indivíduos que, acaso, apresentam problemáticas psicoemocionais, se esse desejo assenta

numa atitude espontânea de ajuda, então terá, necessariamente de ser alimentada (Phaneuf, 2005). Nesta, interessa respeitar o *outro* na sua alteridade e interagir com ele em função da sua singularidade.

Num cômputo geral, o modelo postulado por Chalifour sustenta-se em três enunciados basais: (1) o cliente possui recursos inatos que poderão ser mobilizados visando o desenvolvimento das suas potencialidades, a aquisição de homeostasia emocional e a superação de mecanismos de defesa do ego não construtivos; (2) o ser humano deve ser percebido como ser relacional e, portanto, perspectivado sob ponto de vista dos processos e da qualidade das interações que estabelece com o ambiente externo e internamente, consigo próprio, objetivando a satisfação das suas necessidades; (3) a manifestação consciente das qualidades intrínsecas à pessoa do interveniente (enfermeiro) e das profissionais correspondentes, possibilita a mobilização de competências psicoterapêuticas, o estabelecimento de relações de confiança e parceria, bem como o fomento do *insight* sobre determinado problema, tornando o cliente mais apto na gestão e resolução das dificuldades que vivencia. Alertando para o facto de, no contexto de uma relação de ajuda profissional interveniente e cliente serem considerados como um sistema aberto, em permanente interação com o meio, Chalifour realça que a visão de conjunto do modelo presume o envolvimento dos quatro componentes aqui subentendidos: o *outro* (cliente) que apresenta uma necessidade de ajuda, o eu (interveniente) que se mobiliza como instrumento terapêutico, os processos, que correspondem distintos modos de estar em relação e a relevância do questionamento (reflexão na ação), e o ambiente/contexto, que influi na forma e estrutura da relação encetada (Chalifour, 2008).

Nesta linha de pensamento, a consecução de uma efetiva relação de ajuda pressupõe a adequação e satisfação dos princípios existencial-humanistas. Propõe-se assim que o enfermeiro: a) encete um envolvimento não diretivo; b) assegure a centralização dos cuidados sobre o cliente; c) percecioná-lo como um ser detentor de capacidades de superação de crise e portanto, como um ser criativo, em desenvolvimento; d) fomente a aceitação incondicional atendendo à natureza subjetiva da experiência e modos de expressão pessoais; e) promova o respeito caloroso, baseado numa afetuosidade compassiva, na autenticidade e na espontaneidade (Sequeira, 2016).

O processo de ajuda culmina com o facto do cliente, cognitiva e intersubjetivamente compreendido, sair reforçado pelos sentimentos de estima e apto a percecionar o seu problema, mobilizar os recursos de que dispõe, decidir e empenhar-se na ação. A abordagem existencial não se funda não em interpretações apriorísticas ou explicações sobre a realidade

vivencial do cliente. Inversamente, o interveniente remete o indivíduo a si, “estimulando-o a reconhecer sua impessoalidade e a questionar-se no sentido de encontrar suas próprias respostas para as questões que a vida lhe apresenta” (Lessa & Sá, 2006, p. 394). Com sua consecução, o interveniente/enfermeiro pretenderá que o cliente, por intermédio da mobilização dos seus recursos internos: se revele apto a suplantar os condicionamentos nunca antes questionados; manifeste um sentido de controlo e de autoeficácia; recupere e domine competências que tornem possível o estabelecimento de relações interpessoais positivas e assertivas; estabeleça objetivos de mudança operacionalizáveis e que lhe permitam alcançar a autorrealização desejada; reconheça a vitalidade da valorização pessoal e viva plenamente o momento presente, enquanto fomenta atividades que conduzem a gratificação pessoal (Chalifour, 2008).

Assim, o cuidar efetiva-se sempre que o interveniente/enfermeiro penetra e procura compreender, na sua plenitude, o campo fenomenológico da pessoa, designadamente, o seu quadro de referência e realidade subjetiva. A corroborar tal apologia, Watson (2002) salienta como postulado major, o facto de o cuidar poder somente ser concretizado se demonstrado e praticado interpessoalmente.

1.1.2 Operacionalização da Relação de Ajuda

- Avaliação Diagnóstica

Importa ter em conta que “são as necessidades do paciente que guiam a relação terapêutica” (Pereira & Rebelo Botelho, 2014, p. 71). Lopes (2005) advoga que em contexto oncológico, avaliação diagnóstica constrói-se na variabilidade da conjugação das perspetivas vivencial, de ajuda e biomédica. De facto, é comum que esta avaliação se imbua na ação e dificilmente se destrinça da mesma. Ao viabilizar a “leitura da complexidade da situação do doente e da família” (Lopes M. J., 2005, p. 226) a avaliação diagnóstica revela-se central no processo de relação estabelecido e na prossecução dos objetivos terapêuticos.

No caso clínico concreto, em resposta a acontecimentos indutores de *stress* [dos quais se enaltece a recidiva] a cliente foi gradativamente referindo o sentimento de incapacidade de fazer uso da sua tendência atualizante e do seu sistema de autorregulação, o que justificou, *per se*, o estabelecimento de uma relação com intencionalidade terapêutica (Sequeira, 2016) (Mendes, 2006). Portanto, a gestão emocional adquire pertinência no contexto da conjugação das teorias do *stress* e da crise com o conceito de transição, o que vai de encontro à literatura consultada. Neste contexto, acredita-se que permitirá ao cliente reorganizar-se a fim de completar o processo transitivo e ultrapassar a crise emocionalmente desreguladora.

Do estabelecimento de uma primeira interação sobressaíram as seguintes possibilidades diagnósticas de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2014):

- *Coping* comprometido;
- Emoção negativa;
- Isolamento social.

▪ Estratégias

Não obstante o facto do núcleo humanista da relação de ajuda não inviabilizar uma intervenção eclética, “esta forma de abordagem do ser humano tende a desaguar numa intervenção (...) a nível do aconselhamento (*counselling*)” (Sequeira, 2016, p. 286) (Lopes, 2010).

Atendendo às necessidades da cliente e à consecução dos objetivos delineados, procuraram incluir-se estratégias cientificamente validadas, sugeridas por Bulechek, Dochterman & Butcher (2010) e comumente conhecidas por NIC:

- Suporte emocional;
- Escuta ativa;
- Treino de habilidades de gestão das emoções.

▪ Processo - Entrevista formal não estruturada

No contexto de uma relação de ajuda profissional, importa ressaltar que a Entrevista surge como “um tipo particular de interações verbais e não-verbais entre um interveniente e um cliente, ao longo dos quais os participantes utilizam certos modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características particulares, do conteúdo abordado, dos objetivos esperados e do tempo que acordaram para este fim” (Chalifour, 2009, p. 60). A opção pela efetuação de entrevistas não estruturadas residuiu no facto de, nesta tipologia, o cliente ser convidado a “ter um papel ativo na escolha dos temas e problemas abordados” (Sequeira, 2016, p. 284), o que se enquadra na perspetiva centrada na pessoa.

Perseguindo os pressupostos de Phaneuf (2005), houve necessidade de dar cumprimento a determinados requisitos, a saber: a) proceder a planificação antecipada; b) organizar-se segundo horário pré-estabelecido e c) ter objetivos previamente definidos.

Por questões de confidencialidade (Chalifour, 2009), explicar-se-á somente a segunda interação das quatro que foram efetuadas.

Data	08/09/2015
Sessão	2ª
Identificação dos elementos	Cliente: Sra. L.B. Interveniente: Enfª Catarina Carrola Supervisor: Sra. Enfª Especialista D.

Contextualmente, a entrevista foi encetada próximo do início da tarde, numa sala de aula desocupada, facto que potenciou a certificação de um clima resguardado e silencioso, propício à escuta. A temperatura da sala era agradável e a iluminação foi propositadamente regulada para a média luz, visando o estabelecimento um clima acolhedor, íntimo, confidencial, responsivo, capaz de ajudar a cliente a aceder e a concentrar-se nas sensações (dolorosas). A porta foi fechada a fim de garantir-se a discrição e tornar o ambiente seguro. Foi adotada uma distância pessoal, “de intimidade relativa (...) mas ideal para as trocas verbais (...) e para distinguir, claramente, todas as mensagens não-verbais” (Chalifour, 2008, p. 139). As cadeiras foram dispostas em «V», concebendo um ângulo de 45° para assegurar manutenção do contacto visual num mesmo plano e a preservação simultânea do *setting* terapêutico. Ressalve-se que o campo constituído a partir da relação/aliança caracteriza-se pela assimetria, onde o interveniente será contendor e o cliente terá de sentir-se confortável o suficiente para narrar os seus sentimentos.

A entrevista de ajuda que abaixo se detalha corresponde a um segundo encontro, teve duração pré-estabelecida (total aproximado de vinte e cinco minutos) e gravação áudio complementar previamente autorizada (verbalmente e por escrito). Segue-se a sua transcrição integral.

Interveniente: Muito boa tarde, Sra. L.

Em primeiro lugar, gostaria de recordar-lhe que esta entrevista tem como objetivos dar-lhe suporte afetivo, ajudá-la a incorporar esta fase de transição na sua vida.

Gostaria de começar por perguntar-lhe como se tem sentido desde o nosso último encontro.

Cliente: Acho que me sinto mais aliviada.

Interveniente: O que é, para si, sentir-se aliviada?

Cliente: Pois... [*Pausa*] Como naquele dia conversei, não estava habituada a falar sempre de mim, senti-me melhor, bastante melhor.

Interveniente: E conseguiu falar com quem?

Cliente: Sim, consegui falar com a minha filha [*esboça um sorriso*] e também com a minha

irmã porque ela está aqui [veio do estrangeiro]. Falei com ela. Expliquei-lhes tudo... a minha filha até mesmo chorou. Sim... [*emociona-se*]

Interveniente: Muito bem! Quer partilhar o que lhes disse?

Cliente: Falei-lhe [à filha] sobre a minha doença. E também, como muitas das vezes, não sei se é por causa da doença, às vezes fico enervada... hãaa... às vezes ralho com ela sem necessidade... [*pausa*]. Mas ela compreendeu-me. [*Pausa*]. E também como estava a passar aquela situação tão difícil [défice de recursos financeiros], compreendeu.

Interveniente: Conseguiu partilhar o seu sofrimento, foi isso?

Cliente: Sim... [*pausa*] o meu sofrimento.

Interveniente: E como é que a sua filha reagiu quando foi confrontada com a sua vivência da doença?

Cliente: Ela reagiu bem... Ela agora costuma pesquisar sobre a doença na *internet*, ela sabe o defeito que essa doença faz. [*Pausa*]. A única coisa que não está preparada é de perder a mãe. Ela quer que eu enfrente essa doença, que eu continue a suportar a quimioterapia. Porque, às vezes, digo-lhe que não consigo suportar a quimio, que estou mesmo cansada... Então ela pediu-me para suportar a quimio, para enfrentar a doença, porque a única coisa que ela não quer é perder a mãe.

Interveniente: O que é as palavras dela a fizeram sentir a si?

Cliente: Hãaa... Ficar sozinha aqui, sem ninguém, é difícil... [*pausa*] Mas acho que reagiu bem. Fiquei admirada...

Interveniente: Qual era a sua expectativa?

Cliente: Não estava à espera. Ela disse-me que quando eu vim para aqui [Portugal] ela sofreu muito... que foi para casa da minha irmã, a mais pequena, ficou na casa dela porque eu também criei a filha dela... Então ela ficou lá, mas é assim, mãe é sempre mãe...

Interveniente: Claro... [*assentindo com a cabeça*]

Cliente: Há coisas que ela viu e que não gostou, mas ela sofreu tudo isso. Ela sabe que um dia vou ultrapassar essa situação [doença]. [*Pausa*]

Interveniente: Esse passo foi muito importante!

Cliente: É... [*sorri*]. Falei muito com ela!

Interveniente: Então sente que estão mais unidas agora? É isso?

Cliente: Sim! [*Pausa*] É que eu não compreendia... Dava a impressão que ela não se preocupava comigo, mas ela disse-me que não, que se preocupava mesmo comigo. Só que não queria demonstrar para não ficar preocupada...

Interveniente: Portanto, pelo que está a dar a entender, estavam ambas a sofrer isoladamente,

com medo de preocupar a outra pessoa.

Cliente: Sim, sim. Agora estamos mais unidas! É isso! [*sorri, novamente*].

Interveniente: Isso é muito importante nesta fase! Conseguiu uma vitória nesta caminhada!

Cliente: É! Uma vitória, mesmo! E com a minha irmã correu tudo bem também. Só falámos através do telefone. Mas espero, quando a vir, explicar-lhe tudo, para ela saber o que se passa comigo. Sabe... ela começa logo a chorar... É como eu! [*sorri, tenuemente*].

Interveniente: Está preocupada consigo, também!

Cliente: Sim! Está muito preocupada. Não sei o que é que o médico falou com ela... Mas ela está muito preocupada, mesmo. Na última consulta, quando eu saí para fora, o médico chamou-a e foi falar com ela. Ela não me disse o que o médico lhe disse, só me disse que lhe tinha dito que iria para com o tratamento porque não estava a dar resultado e que ia fazer um novo. Só isso é que ela me disse...

Interveniente: Não seria importante falar com a sua irmã sobre isso para clarificar a informação que as duas têm?

Cliente: Sim... [*Pausa prolongada*]

Interveniente: Até porque a sua irmã pode ter percebido coisas diferentes das que o médico lhe disse a si. O desafio é tentarem expor as duas perspetivas e partilharem, também, o sofrimento. O que é que pensa disto?

Cliente: Sim, acho que tem razão. Eu já queria falar com ela, acho que não iria falar do médico. Mas se calhar é melhor falar abertamente.

Interveniente: Isso mesmo! Em retrospectiva, como se sente agora? Parece-me mais tranquila!

Cliente: Sim! Sinto-me mais tranquila, mais serena e com mais força para enfrentar. Sabe... [*pausa*] Eu já não estava mesmo com força. Sinceramente, eu estava mesmo em baixo.

Interveniente: E o que é isso de estar em baixo? É sentir-se como?

Cliente: É sentir-me perdida, como se uma pessoa não tivesse ninguém. Sozinha.

Interveniente: Comparando os momentos, e agora?

Cliente: Agora não. A minha filha até me dá força! Mesmo! Foi uma conquista, muito grande, mesmo!

Interveniente: E foi também um passo positivo na sua adaptação à doença...

Cliente: Sim, sim, foi mesmo. Já começo a encarar as coisas de forma menos negativa.

Interveniente: Na semana passada também estava preocupada com a sua situação social. Houve alguma evolução?

Cliente: Sim, consegui falar com a Dra. C. [assistente social] e até me deu sessenta euros. É... Deu-me um número para ligar para a Fundação Ricardo Sanhá. Ela tentou ligar naquele

dia, mas não conseguiu. E deu-me aquele número para tentar ligar, mas acho que o meu número não dá para ligar para lá. Tentei ligar, mas não passava. Mas vou esperar pela minha irmã. Se ela chegar no fim de semana vou pedir-lhe que me empreste o telemóvel dela para ver se consigo falar.

Interveniente: Tem conhecimento de alguém da fundação ou do trabalho que se faz lá?

Cliente: Não, não tenho. A Dra. não me disse.

Interveniente: Então, a Fundação Ricardo Sanhá é uma instituição de solidariedade social, sediada aqui em Portugal, embora exista outra na Guiné-Bissau. O grande objetivo é apoiar cidadãos guineenses que se encontrem a efetuar tratamento médico e que foram evacuados ao abrigo do protocolo de cooperação com o Serviço Nacional de Saúde. Os doentes podem usufruir de uma casa de acolhimento, refeições e de uma grande variedade de atividades lúdicas, culturais e educacionais.

Cliente: Ahhh, isso é bom. Eu estou a pensar... A minha nora também é guineense e falou com a irmã dela que está cá em Portugal, para ver se fico na casa dela. Mas nesse momento ela tem muitas pessoas e disse-me que não dava... Como eu estou a fazer a quimio tenho de me resguardar, não é conveniente estar com muitas pessoas. Eu apanhei essa gripe que me custou até agora. Então eu vou ficar à espera que ela me ligue para saber quando é que eu me posso mudar. Ela vai-me dar um quarto para ficar eu e a minha filha. Porque eu como estou naquela casa [alugada], num quarto andar, não dá. Com essa dor no joelho e com o cansaço da quimio é difícil. Às vezes quero sair para andar e não consigo. Tenho aquela escada toda... Não consigo. Tenho de ficar sempre dentro de casa. E depois também não tenho dinheiro.

Interveniente: O que pensa da esta possibilidade de eventualmente ir para a Fundação Ricardo Sanhá ou de usufruir dos benefícios da existência da Fundação?

Cliente: Eu sinto-me mesmo bem com isso. Estou satisfeita por saber que há alguém aqui que está a ajudar as pessoas. Porque isso é que nos falta... a ajuda da nossa terra, onde nascemos. É bom ter um apoio desses. Nem a nossa embaixada se preocupa se estamos bem ou estamos mal. Eles não se preocupam com isso. Isso é chato...

Interveniente: Percebo o que diz, mas será importante focar-se nesta nova alternativa! A Fundação pode ser uma forma de manter-se ligada à sua terra e conviver com pessoas que estão a passar por fases diferentes, seja de adaptação ao País ou à doença, seja de recuperação dos tratamentos. A partilha de experiências pode ser uma vantagem.

Cliente: É verdade... Sabemos que a nossa terra já é difícil e se aparecer uma pessoa dessas para ajudar, com o apoio dos médicos e dos enfermeiros daqui e da senhora, isso já é muita

coisa para mim! É muita coisa! [*Sorri, agradecida*]. Mesmo só para falar com uma pessoa, abrir-se, essa pessoa saber o que se está a passar consigo, já é uma grande coisa. Mas não ter com quem partilhar, é chato.

Interveniente: Calculo que sim...

Cliente: Isso é muito chato... Por isso é que, às vezes, uma pessoa fica magoada. Porque se fosse na minha terra eu podia ter falado com uma outra pessoa porque lá nós somos assim. Não é como aqui, cada um no seu canto. Lá somos família! Eu posso falar com esse, com outro, eles dão-me apoio. Mas assim, uma pessoa ficar sempre calada e fechada dentro de casa como eu estava, não dá. Não ajuda. Mas como eu estou a conseguir falar com a senhora, já está a ajudar-me muito!

Interveniente: Saber que deu este passo no sentido de partilhar as suas vivências e as suas emoções com a sua filha e com a sua irmã, já foi um grande passo!

Cliente: Grande mesmo!

Interveniente: Possivelmente já não irá voltar a isolar-se tanto...

Cliente: É isso. Sabe, acho que desde criança eu já tinha esse problema de ficar sempre assim fechada e calada, porque a minha mãe não me criou. Quem me criou foi a minha madrinha e ela não me deixava brincar... [*pausa*] eu tinha de estar sempre num cantinho. Tinha os meus bonecos, os meus brinquedos, mas tinha de brincar sozinha. [*Pausa, novamente. Olha para o chão.*] Então fiquei assim, fechada. Mesmo as minhas irmãs são mais alegres que eu. Eu fui sempre uma pessoa reservada e por isso comecei a sentir... como é que eu posso dizer...que ninguém gostava de mim, está a ver? Eu só comecei a ficar mais alegre um bocadinho quando comecei a estudar e a trabalhar. Aí já convivía com outras pessoas. Mas eu passei mesmo mal: não tinha com quem falar, com quem brincar e fiquei assim. Mesmo com a minha irmã, muitas das vezes, essa que está aqui, eu metia na cabeça que ela não gostava de mim... que ela só gostava da outra mais pequena. Eu pensava que ela fazia diferença entre as duas... Fiquei com essa coisa toda guardada dentro de mim. [*Pausa, suspira.*] Também passei muitas coisas com o meu marido... quando ele bebia. Passei muitas dificuldades e isso eu não falava com ninguém. Fechava-me sempre a chorar, a chorar... [*silêncio*].

Interveniente: Quer partilhar que dificuldades foram essas por que passou?

Cliente: Passei muitas dificuldades para comer. Ele só pensava em bebidas. Mesmo em casa não tinha nada. Ia trabalhar. O dinheiro que eu recebia, até hoje, sempre foi uma miséria, para uma pessoa que começou a trabalhar em 1978, é uma miséria. Não chega nem a cinquenta euros. No nosso dinheiro é trinta e dois mil e quinhentos; eu recebo é vinte e nove mil e duzentos, está a ver... para uma pessoa que começou a trabalhar em 1978 no Ministério da

Justiça... [Pausa]. Essa coisa toda fez-me ficar assim tão fechada, tão sozinha que acho que agora estou a perceber que tenho que dar oportunidade a mim mesma... Tenho que dar! Eu não vou viver assim!

Interveniente: O que pensa que isso pode implicar?

Cliente: Que devo cuidar mais de mim... Eu nunca cuidei de mim... Quando o meu marido parou de beber, ficou outra pessoa, começou a preocupar-se mais com a família, com os filhos. E os meus filhos já estavam a estudar. Eu não tinha oportunidade... o dinheiro não dava para fazer uma consulta, para ver o meu corpo, o que é que eu tinha e o que não tinha. Dei oportunidade aos meus filhos para poderem estudar e eles estudaram. E eu hoje estou aqui, doente... Porque não tinha como sair para vir fazer tratamento fora. Talvez se tivesse sido de outra maneira eu não tivesse o câncer que tenho hoje. Mas sempre pensei na minha família e nos meus filhos...

Interveniente: Está a querer dizer que sempre colocou os outros em primeiro lugar?

Cliente: Sim, sempre me preocupei com os outros, menos comigo. [Silêncio].

Interveniente: Mas agora é a sua altura! Altura de cuidar de si, do seu eu físico e emocional!

Cliente: Sabe, foi isso que a minha filha me disse. Ela disse: “Mãe, agora não é tempo de pensar nem em mim, que sou a mais pequena, nem nos outros. Agora pense somente em si mesma!”. É... ela disse-me isso. E o outro que está no Brasil disse-me a mesma coisa, para eu parar de pensar nos outros e pensar em mim.

Interveniente: O foco agora é a senhora! Uma mente sã conduz a um corpo são.

Cliente: Mas a minha mente nunca esteve sã, porque quando eu via que todas as pessoas estavam bem menos eu, economicamente... Espiritualmente também eu não estava bem... eu ia à Igreja, mas depois comecei a ir à missa, comecei a sentir-me mais aliviada... não sei, ajudou-me muito. Isso é que me ajudou! Quando comecei a ir à Igreja, tudo mudou, tudo ficou diferente. Mas depois veio a doença.

Interveniente: O que é que a Igreja representou ou representa para si?

Cliente: Acho que uma âncora... Na Igreja comecei a dar catequese, sou católica. Lá, comecei a sentir-me mais aliviada, mais à vontade. [Pausa]. Mas até isso acontecer, estava assim sempre sozinha, sozinha. Eu achava que ninguém gostava de mim, ninguém se preocupava comigo, meti isso na cabeça... Eu era só para os meus filhos, para a minha casa. Saía do trabalho e ia diretamente para casa. De casa, ia para o trabalho.

Interveniente: As pessoas diziam-lhe diretamente que não gostavam de si ou era um pensamento seu?

Cliente: Eu achava que não. Foi uma coisa que eu meti na cabeça, que não gostavam de

mim...

Interveniente: Está, então, a querer dizer que isso, provavelmente, não correspondia à verdade. É isso?

Cliente: Sim, agora vejo que não era verdade. Acho que não... Com essa doença eu percebi que as pessoas gostam de mim. *[Silêncio]*.

Interveniente: No meio da turbulência do aparecimento da doença, que é uma coisa que ninguém consegue controlar, há aspetos muito positivos. A senhora parece ter conseguido encontrar alguma paz interior, conseguiu aproximar-se da sua filha e da sua irmã e redescobriu que, afinal, gostam muito de si.

Cliente: É...percebi isso *[assente com a cabeça]*.

Interveniente: Portanto, no meio da escuridão, já começou a vislumbrar alguma luz...

Cliente: Sim, a minha filha está muito ligada a mim. Eu estive dois anos sem vê-la, ela ficou em casa com o meu marido e depois estive com a minha irmã quando vim para Portugal. Quando ela veio para cá, eu achei-a um bocadinho diferente do que quando eu a deixei.

Interveniente: E o que é isso de achá-la diferente?

Cliente: Sim, diferente porque ela já estava mais crescida, mais madura. Eu consegui aperceber-me disso. Eu deixei-a debaixo da minha saia, mas agora ela já saiu! *[Sorri]*. Agora já está crescida e compreende tudo. Ela disse: “Eu já sou adulta!”. Disse que houve muitas coisas que a fizeram crescer. Eu pensava que a minha filha não ia conseguir estudar, fazer o sétimo, mas ela conseguiu. E o décimo segundo teve boas notas. Fiquei mesmo orgulhosa dela! Porque ela estava a passar, na altura, muitas dificuldades com a minha vinda para aqui. Estava sozinha, já na casa da minha irmã e passava os dias a chorar... *[Emociona-se]*.

Interveniente: Quer continuar?

Cliente: Ela disse-me que chorava porque estava preocupada comigo...É... *[Silêncio]*. Mas agora acho que vai dar tudo bem.

Interveniente: Quer dizer que está mais tranquila?

Cliente: Sim, estou tranquila, graças a Deus. Graças a Deus. E graças à senhora que me ouve.

Interveniente: A equipa... nós estamos aqui para si!

Cliente: Isso é muito importante para uma pessoa. Se desde o princípio eu tivesse tido essa oportunidade de falar, quem sabe agora se não seria diferente... Porque desde que eu cheguei aqui, passei por muita coisa, muitas dificuldades. Mas sempre tive a ajuda das pessoas daqui. Não posso dizer mal aqui do hospital. As pessoas tratam-me aqui tão bem, que posso dizer que na minha terra nunca fui tratada assim, no hospital, pelo menos. A doença começou na minha terra, em fevereiro de 2010, senti uma dor aqui *[aponta para a mama esquerda]* para as

costas. Fui ao hospital, tiraram-me uma chapa, disseram-me que eu tinha o coração inflamado, que tinha não sei o quê, uma ferida no coração... Afinal era o câncer, não era nada daquilo que tinham dito. E só consegui vir em 2013...só em 2013...

Interveniente: Muito tempo depois do diagnóstico...

Cliente: Muito tempo, sim... Até demais. [*Silêncio. Fácies triste*].

Interveniente: Mas, resumindo tudo o que falámos, agora será importante concentrar-se no presente e em todas as conquistas que já conseguiu alcançar.

Cliente: Sim! [*Sorri*]. Agora a força e a vontade não me faltam. Se não fosse isso eu acho que nem conseguia andar. Mas eu faço sempre esforço! Faço sempre esforço! Agora naquela casa já é difícil sair. Quando eu morava em Casal de Cambra eu saía de casa, ia à Igreja, fazia ginástica, porque é sempre bom andar! Mas agora subir e ficar sempre dentro de casa não dá jeito. Tenho medo de subir aquela escada e de descer de novo. Não é fácil.

Interveniente: Mas não se esqueça que agora tem a esperança de ter o apoio da Fundação Ricardo Sanhá...

Cliente: Sim... É verdade! Nem tudo é negro.

Interveniente: E é importante que comece a confiar em si, nas suas capacidades! Continue a alimentar esta relação que tem com a sua filha e com a sua irmã e a apoiar-se na sua comunidade religiosa. Nós estaremos disponíveis para o que necessitar. Confie em si, cuide de si!

Cliente: Está bem, obrigada. Vou cuidar e vou confiar. Agora é que chego à conclusão que nunca parei para pensar em mim. Esqueci-me mesmo de mim. Mas agora vai ser diferente. [*Sorri*].

Interveniente: São os dois grandes objetivos!

Cliente: Sim!

Interveniente: Vamos ter de terminar... Muito obrigada pela partilha.

Cliente: Eu é que devo agradecer! [*Despede-se com um abraço*].

1.1.3 Avaliação da Intervenção

Numa perspetiva de continuidade, procedeu-se à avaliação da intervenção individual encetada face a cada diagnóstico de enfermagem levantado e a aferição dos ganhos em saúde atendendo às *Nursing Outcomes* [NOC] de Johnson, Maas, & Moorhead (2004).

- *Coping comprometido (ineficaz)*

A intervenção passou por favorecer-se a expressividade e a elaboração emocional.

Procurou fomentar-se a possibilidade da cliente ventilar as suas angústias visando o desenvolvimento da capacidade de enfrentar situações *stressantes* de forma mais adequada. Conjuntamente com outros elementos da equipa de saúde, designadamente em parceria com a Sra. Enfermeira Especialista supervisora, pretendeu alcançar-se um grau de elaboração pessoal a fim de aumentar-se a eficácia adaptativa. Face às dificuldades da cliente, foram trabalhadas questões inerentes à autorregulação, resiliência, mentalização e *empowerment*.

Outcomes:

- Heteroperceção diagnóstica;
- Verbalização de sentimentos de controlo da situação;
- Identificação e adoção de mecanismos de *coping* mais eficazes.

▪ *Emoção negativa*

Atendendo à situação de adversidade (presença de recidiva), procurou trabalhar-se a manutenção do sentido de coerência, isto é, fomentar-se a aquisição do significado do acontecimento e, posteriormente, o reconhecimento deste progresso.

Outcomes:

- Reconhecimento de pequenos ganhos;
- Aumento dos níveis de afeto positivo;
- Empenho em atos volitivos (solicitou ingresso na intervenção grupal, por considerar ser «uma mais valia» - sic);
- Expectativas realistas de eficácia pessoal;
- Exploração de crença religiosa.

▪ *Isolamento Social*

No decurso das entrevistas, foi-se verificando maior facilidade a nível da socialização e expressão de sentimentos e conflitos internos. Trabalhada a relevância do desenvolvimento das habilidades sociais no seio da família. Promovido o restabelecimento da interação privilegiada com a filha que, entretanto, regressou a Portugal e veio a ser sua cuidadora primária.

Outcomes:

- Retoma das interações sociais.
- Participação nas atividades recreativas.
- Estabelecimento de relações gratificantes.

Em termos qualitativos e atendendo ao facto de encontrar-se psicologicamente fragilizada, afastada do seu ambiente e hábitos anteriores, acredita-se que a cliente L.B. conseguiu adquirir uma boa capacidade de superação para enfrentar o desafio da reabilitação possível. À semelhança do que se encontra descrito na literatura, o enfoque na regulação emocional e, particularmente, na indução de emoções positivas e estratégias adaptativas de *coping* concorreu para o “aumento do repertório individual pensamento-ação” (Estrela-Dias & Pais-Ribeiro, 2014, p. 213) e a construção de recursos pessoais a serem utilizados em momentos vindouros. Por conseguinte, crê-se que as emoções positivas tenham constituído uma importante via de ajustamento ao *stress*.

1.2 Apoio Psicossocial

A presença do cancro significa “perda de homeostase” (Pires, 2015, p. 437), conduzindo a pessoa e a sua família a enfrentar uma situação de crise disruptiva e a unir esforços no sentido de procurar um novo equilíbrio. Neste quadro, a dimensão psicossocial reporta-se aos aspetos de ordem psicológica que influem no processo saúde/doença, na readaptação e na reintegração sociofamiliar e aos de ordem económico-social.

Face à vivência solitária da sucessão de acontecimentos marcantes, “a possibilidade da experiência ser armazenada de forma fragmentada e dissociada” (Moraes & Moura, 2015, p. 343) é exponencial, o que provoca “incapacidade mental e emocional” (idem, ibidem). Nestas circunstâncias, e no caso particular da Sra. L.B., o surgimento da recidiva veio redimensionar os problemas psicossociais até então mais ocultos. Ocasionalmente maior impacto os fatores:

- Situação de incapacidade para enfrentar a doença por razões estruturais:
Cliente a residir num apartamento alugado. A ausência de elevador constitui uma barreira arquitetónica na medida em que verbaliza fadiga sequelar decorrente da QT, impeditiva de restabelecer a sua vida social;
- Ausência de um cuidador, dado o distanciamento geográfico entre os elementos familiares e eminência da situação de doença ser paliativa e acarretar perda de autonomia funcional;
- Problemas relacionais associados a ausência de rede de apoio (formal e informal);
- Situação económica precária devido a ausência de rendimento mensal e necessidade de cumprimento de farmacoterapia.

A fim de colmatar as necessidades identificadas providenciou-se:

- orientação e aconselhamento a respeito de formas de atuação face às dificuldades;
- valorização da família como principal recurso de apoio (rede primária);

- referenciação do caso à Assistência Social do IPOLFG para ser assegurado apoio económico para cumprimento dos encargos com a habitação e alimentação;
- solicitação de transporte gratuito para deslocações domicílio-hospital;
- requisição de apoios práticos à Fundação Ricardo Sanhá, organização sem fins lucrativos, que providencia o acolhimento de guineenses em regime de tratamento médico em território nacional;
- disponibilização de recursos materiais, designadamente, material de conforto e alimentação, angariados pela equipa de cuidados.

2 INTERVENÇÃO GRUPAL

“GESTÃO EMOCIONAL ASSOCIADA À VIVÊNCIA DA DOENÇA ONCOLÓGICA”

2.1 Referencial Teórico

2.1.1 Cuidados ao Sobrevivente com *Distress*

O estado da arte revela que a assunção da cronicidade da patologia oncológica acarreta para os sobreviventes a gestão de um manancial de desafios. Nesta transição, prevalece a sensação de desnorte (Hewitt, Greenfield, & Stovall, 2006). Nesta sequência, a monitorização da diversidade das necessidades dos sobreviventes pressupõe um enfoque multidisciplinar e requer a atenção a quatro importantes dimensões, a saber: coordenação (implicando a gestão da informação entre todos os intervenientes), prevenção (com a promoção de estilos de vida salutareis), vigilância (com o estabelecimento de um plano individualizado face ao diagnóstico primário e complicações potenciais a médio e longo prazos) e intervenção (dirigidas às sequelas psicofísicas dos tratamentos) (Grant, Economou, & Ferrel, 2010).

Uma revisão sistemática dos modelos de cuidados na fase de sobrevivência divulgou que a vigilância de saúde em ambulatório, quando coordenada e partilhada por peritos em oncologia e enfermeiros especialistas (*nurse-led*), tem resultados muito satisfatórios (Howell, et al., 2012). Também nesta linha de investigação Greenfield, et al. (2009) realçam que 91% dos clínicos inquiridos atestam que o apoio providenciado por enfermeiros especialistas é garantia de qualidade de cuidados de *follow-up*.

Autores como Jefford, et al. (2008) retratam que é muito frequente encontrar-se na prática clínica, sobreviventes que apresentam algum grau de sofrimento emocional. Este enquadrar-se-á num *continuum*, “desde um processo de adaptação normal a um processo de sofrimento emocional clinicamente significativo que reúne critérios para um diagnóstico de acordo com as classificações internacionais de saúde mental” (Silva & Pimentel, 2015, p. 68). Não obstante o facto de existir uma variabilidade significativa da prevalência do sofrimento psíquico nos clientes com cancro, a sua expressão assume sempre relevância, pelo que deve necessariamente conduzir à reflexão de estratégias adequadas a fim de avaliar, prevenir e intervir-se. Com efeito, o principal objetivo das intervenções em psico-oncologia consiste no ajustamento emocional no decurso das diferentes fases da doença, tendo por substrato a promoção da regulação emocional e a aquisição de estratégias adaptativas de *coping* (Albuquerque & Cabral, 2015). Refira-se que a gestão de determinada situação avaliada como

indutora de *stress* decorre da construção do seu significado e, portanto, das experiências passadas, dos recursos psíquicos e das narrativas individuais (Serra, 2007) (Stanton, 2012) (Patrão, Leal, & Maroco, 2012).

Objetivamente, as estratégias de *coping* poderão ser classificadas de acordo com o seu propósito ou funcionalidade. A este respeito, a classificação mais comumente é a que se fundamenta no enfoque em duas dimensões: *coping* focado na resolução de problemas e o focado na emoção (Correia, 2011). Se as estratégias focadas no problema pressupõem a consecução de um plano de ação que permita minorar ou alterar a fonte promotora de *stress*, as estratégias dirigidas para a emoção direcionam-se a situações avaliadas como pouco alteráveis. Nesta sequência, visam a gestão da experiência pessoal determinada pelo acontecimento stressante e a redução da tensão emocional (ou regulação emocional) exigidas por aquele.

Embora a adaptabilidade dos mecanismos de *coping* aparentem alterar-se no processo da doença, Franks & Roesch (2006) postulam o recuso a estratégias diversificadas nos diferentes momentos da vivência oncológica, pelo que devem ser todos equacionados nas intervenções dirigidas aos clientes. Aliás, a própria literatura evidencia que a adoção de diferentes estilos de *coping* prediz resultados de adaptação diferenciados. Refira-se, a este propósito que se uma parte significativa dos sobreviventes demonstra respostas ativas, cognitivas e comportamentais de *coping* (de que são exemplo a procura de suporte social e o espírito de luta), outros há que revelam respostas de conformismo, evitamento e distanciamento (Deimling, Wagner, Bowman, Sterns, Kercher, & Kahana, 2006). Com efeito, importa sublinhar que a interpretação da vivência influi de forma relevante no processo de adaptação da pessoa à doença. Destaque-se a avaliação cognitiva dos sujeitos sobre a situação como a variável considerada “mais determinante do ajustamento (bem-estar e sofrimento)” (Nave & Moura, 2015, p. 39). Efetivamente, as autoras consideram que as respostas ao *stress* decorrem, maioritariamente, da avaliação da ameaça e consequente perceção da capacidade de se lidar com a mesma. E continuam, relevando igualmente a perceção subjetiva de perda na aceitação. Sublinha-se pois a pertinência e legitimidade de serem disponibilizadas abordagens terapêuticas direcionadas para o apoio emocional, e em concreto, para a potenciação de estratégias que facilitem a capacidade de reavaliação/ressignificação da situação para que a mesma possa ser ultrapassada (Dobos, et al., 2015).

De modo semelhante, dados investigativos de Shapiro, McCue, Heyman, Dey, & Haller (2010) salientam que o ajustamento surge, frequentemente correlacionado as avaliações subjetivas dos efeitos do cancro e as variáveis relativas ao *coping*. Concretizando, o

distanciamento comportamental e a culpabilização associaram-se a níveis mais elevados de emoções negativas.

Do exposto, sobressai a importância de conhecer-se a interpretação que o cliente oncológico faz da sua vivência, já que esta determina ou poderá predizer as reações subsequentes. À luz desta matriz teórica compreende-se assim que “o ajustamento emocional resulta da interação entre a situação real, os esforços de reação desenvolvidos e os recursos disponíveis” (Nave & Moura, 2015, p. 41). Para o alcance dos objetivos enunciados o *National Cancer Institute* (NCI) propõe, entre outros componentes, a promoção de estratégias de natureza cognitivo-comportamental, sessões educativas, o desenvolvimento de grupos de suporte e o reforço do apoio psicossocial, igualmente corroboradas pelas *guidelines* internacionais da especialidade (National Comprehensive Cancer Network, 2016) (National Cancer Institute, 2015) (Phillips & Jones, 2014) (Zebrack & Isaacson, 2012).

2.1.2 Intervenção Terapêutica Grupal em Oncologia

Encontra-se documentado em Holland, Breitbart, Jacobsen, Lederberg, Loscalzo, & McCorkle (2010) que as primeiras intervenções em grupo em âmbito oncológico datam da década de 1950 com a constituição do Programa *Reach to Recovery*, implementado pela American Cancer Society. Nesta continuidade, a intervenção grupal não somente tem sido indicada como adequada para o doente oncológico como tem sido veemente apologizada como intervenção de primeira linha por “poder dar resposta às principais problemáticas destes doentes” (Torres, Pereira, & Monteiro, 2015, p. 361).

Vários são os estudos que assinalam a superioridade das terapias em grupo face às de natureza individual, de que é exemplo o de Fawzy, Fawzy, & Wheeler (1996) referente ao nível de promoção das competências de *coping*. O grupo revelou maior utilização de estratégias adaptativas após a intervenção e no período de *follow-up*. São múltiplas as vantagens potenciais apontadas para intervenções grupais, designadamente: a) melhor custo-benefício, enfatizada por inúmeros autores e adequada às conjunturas políticas de saúde atuais; b) oportunidade de apoio social e emocional entre os participantes; c) promoção da autoestima por viabilizar o confronto com a capacidade de auxílio ao *outro*; d) meio de partilha de vivências e experiências de adaptação a dificuldades comuns; e) oportunidade para observação direta das respostas psíquicas, emocionais e comportamentais dos clientes; f) obtenção de *feedback* imediato.

Nesta linha de investigação, os efeitos positivos de intervenções semelhantes revelaram-se no decréscimo dos níveis de *stress* emocional, depressão, ansiedade, fadiga, o incremento

dos níveis de vigor e o recurso a estratégias de *coping* mais ativas, alterações a longo prazo nos parâmetros imunológicos e melhoria das taxas de sobrevivência (Fawzy, et al., 1993). Do mesmo modo, também Zebrack & Isaacson (2012) salientam “*significant improvement in psychologic wellbeing as well as in knowledge, confidence, coping, self-efficacy, and effective interpersonal interactions*” (p. 1223) decorrentes da participação em grupos terapêuticos. Uma revisão dos estudos apresentados indicia que intervenções deste pendor “parece gerar melhorias significativas no humor, no *coping* e a nível funcional” (McIntyre, Fernandes, & Pereira, 2014, p. 260), o que justifica, por si só, um considerável otimismo acerca do futuro dos esforços no âmbito da saúde mental.

Spira & Casden (2010) postulam que as intervenções mais apropriadas à fase de sobrevivência “são as que usam um estilo interativo com uma orientação cognitivo-comportamental para ensino de competências de *coping* experienciais, partindo depois para um estilo terapêutico indutivo que permite uma discussão apoiante” (p. 364). Ressalve-se, todavia, que a(s) abordagem(ens) selecionada(s) deverá(ão) sê-lo em conformidade com o objetivo terapêutico pretendido e as necessidades dos clientes. Com efeito, não são por isso mutuamente exclusivas, podendo ser utilizadas de forma combinada, isto é, serem acondicionadas numa intervenção multimodal. Da revisão de literatura encetada torna-se assim evidente que o apoio endereçado ao cliente oncológico no contexto de grupo acarreta benefícios em termos da qualidade de vida, o que se repercute no seu bem-estar psicossocial, independentemente da modalidade de intervenção (de cariz mais psicoeducativo, suporte/expressivo ou de cognitivo-comportamental).

No panorama nacional são ainda raros os estudos empíricos unicamente centrados na eficácia do apoio psicossocial providenciado por uma equipa multidisciplinar ao sobrevivente oncológico, embora os peritos considerem que este esteja a ser “privado de um recurso considerado indispensável pelos profissionais de saúde no estrangeiro” (McIntyre, Fernandes, & Pereira, 2014, p. 275). Com efeito, importa sensibilizar os agentes responsáveis para a relevância da implementação de abordagens psicossociais em paralelo com as biomédicas ainda em voga, dado o inestimável papel no bem-estar emocional dos clientes (Montgomery, Rose, & Carter, 2009).

2.1.3 Intervenção de Enfermagem de natureza socioterapêutica

Ainda que internacionalmente se aponte para a “importância da realização de intervenções psicoterapêuticas por parte de enfermeiros” (Sampaio, Sequeira, & Lluch-Canut, 2014, p. 105) e a sua efetividade esteja comprovada com elevado nível de evidência (Bower,

Knowles, Coventry, & Rowland, 2011) (Cody & Drysdale, 2013), não foram ainda criadas condições para que o EESMP possa efetivamente realizá-las, assumindo-as como intervenções autónomas.

Apesar de existirem esforços no que concerne ao desenvolvimento e tentativa de operacionalização de um modelo de intervenção psicoterapêutica cuja base estrutural radica na relação de ajuda profissional em enfermagem, não é ainda possível a generalização dos resultados daí decorrentes (Sampaio, Sequeira, & Lluch-Canut, 2015). Não obstante, saliente-se que o aconselhamento é indicado pelos autores como a intervenção mais frequentemente realizada na prática clínica (Sampaio, Sequeira, & Lluch-Canut, 2016). Efetivamente, se se perspetivar o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2015) a respeito do recurso a técnicas psico e socioterapêuticas, encontra-se que estas facilitam o desenvolvimento de respostas adaptativas pelo(s) cliente(s) ao mediar a construção de parcerias e potenciarem o empoderamento e a autonomia.

Conceptualizar uma abordagem desta índole junto da pessoa com cancro pressupõe entendê-la “como «um ser portador de uma doença» e não como «um ser doente»” (Nave & Moura, 2015, p. 41) se se atender que a tónica deve residir nas potencialidades não comprometidas pelo fenómeno do adoecer.

Peritos nacionais e internacionais preconizam como linhas mestras interventivas: a) a promoção da adaptação à vivência da doença; b) a gestão dos efeitos colaterais dos distintos tratamentos; c) a valorização das perturbações nas realizações/aquisições; d) a gestão das questões relativas à (in)dependência; e) a facilitação do retorno ao quotidiano; f) o redimensionamento da experiência do medo de recidiva e f) a reestruturação dos projetos de vida (Holland, Breitbart, Jacobsen, Lederberg, Loscalzo, & McCorkle, 2010) (Albuquerque & Cabral, 2015).

Neste sentido, para a planificação das atividades procurou adotar-se uma visão aberta e apreciativa das motivações, dos potenciais e das capacidades, sem ignorar o inevitável sofrimento da vivência do cancro (Bell, Lee, Foran, Kwong, & Christopherson, 2010). Procurou igualmente atender-se às intervenções constantes do terceiro domínio da *Nursing Interventions Classification* (NIC), por considerar que nela radicam as classes de atuação que vão ao encontro da evidência científica proposta pela Psico-Oncologia, designadamente: 1) Terapia Comportamental; 2) Terapia Cognitiva; 3) Melhoria da Comunicação; 4) Assistência no *Coping*; 5) Educação do Cliente e 6) Promoção do Conforto Psicológico (Bulechek, Dochterman, & Butcher, 2010).

Com base na literatura (Albuquerque & Cabral, 2015) (Estrela-Dias & Pais-Ribeiro, 2014), delineou-se o desenvolvimento da intervenção em três módulos:

- Módulo I, referente à evocação das experiências do passado e à recordação/integração de memórias com intuito de favorecer a catarse, beneficiar da reestruturação cognitiva e induzir o florescimento de virtudes e força humanas.
- Módulo II, referente ao presente, foi elaborado com o propósito de se atender ao *aqui e agora* e adquirir serenidade como estratégia de enfrentamento da adversidade.
- Módulo III, projetado para estimular ideias de futuro, objetivos claros, intrínsecos, estimulantes e exequíveis, capazes de refletir o bem-estar emocional.

2.2 Participantes

Na seleção dos clientes para inclusão no grupo de âmbito terapêutico foram tidos em consideração os seguintes critérios:

- motivação;
- capacidade para desempenhar a “tarefa de grupo” (Vinogradov & Yalom, 1992, p. 58);
- residência na área metropolitana de Lisboa;
- compromisso em comparecer às reuniões agendadas e permanecer nelas durante toda a sessão.

Foram delineados como critérios de exclusão:

- incapacidade para tolerar o *setting* grupal;
- tendência para assumir um papel desviante;
- não adesão às normas de comportamento aceitáveis do grupo.

Subjacente a esta intervenção radicou um processo de desmistificação e o estabelecimento de uma aliança terapêutica, conforme as premissas de Vinogradov & Yalom (1992). Previamente à constituição do grupo procurou oferecer-se uma explicação racional sobre os objetivos, levantadas expectativas acerca da utilidade do grupo, salientada a segurança e o apoio grupal e estabelecido um contrato relativo à comparência regular às sessões.

2.3 Instrumentos de Avaliação

À semelhança do efetuado para a intervenção de natureza socioterapêutica em âmbito psiquiátrico em contexto de ambulatório, recorrer-se-á ao sistema taxonómico proposto por Johnson, Maas, & Moorhead (2004) a respeito dos resultados de enfermagem no sofrimento. Procurarão assim ser apreciados indicadores característicos do estado de angústia emocional e

atender à respetiva classificação de acordo com as possibilidades «grave», «substancial», «moderado (a)», «leve» e «nenhum (a)». A grelha será aplicada em duas fases distintas, previamente à primeira sessão e finda a última, com intuito de poder avaliar-se a eficácia da intervenção (*vide* Figura 1).

Figura 1. Grelha de classificação do Sofrimento Emocional

Iniciais do Nome: _____

Data: ____/____/____

Momento da Aplicação: Início da Intervenção ☐ Fim da Intervenção ☐

Instruções: Selecione a opção que melhor descreve a intensidade dos indicadores de Sofrimento Emocional, neste momento.

INDICADORES		NÍVEIS DE SOFRIMENTO				
		Grave 1	Substancial 2	Moderado 3	Leve 4	Nenhum 5
200302	Sentimentos de depressão					
200303	Sentimentos de tristeza					
200304	Sentimentos de impotência					
200305	Sentimentos de pesar					
200306	Sentimentos de culpa					
200307	Sentimentos de desesperança					
200308	Sentimentos de desamparo					
200309	Sentimentos de desvalorização					
200310	Medo de recorrência (recaída)					
200312	Medo de circunstâncias desconhecidas					
200313	Medo de estar só					
200314	Sensações de vulnerabilidade					
200316	Sentimentos de desespero					
200317	Amargura em relação aos outros					

Adaptado de Johnson, Maas, & Moorhead (2004)

2.4 Objetivos

Tendo por foco terapêutico a gestão emocional, foram delineados como objetivos *minor*:

- Constatar a universalidade da experiência/singularidade individual pela catarse;
- Promover a confiança social;
- Fomentar a consciencialização de emoções e sentimentos;
- Facilitar o fortalecimento de competências de *coping* adaptativas no contexto do suporte do grupo;
- Facilitar o ajustamento emocional/psicossocial;
- Lidar eficazmente com o receio de recorrência;
- Reexaminar valores de vida e prioridades;
- Restabelecer projetos;
- Promover o bem-estar.

2.5 Planificação das Sessões

2.5.1 Sessão 1 - «Apreciar o Passado I»

Data	3 de setembro de 2015
Local	Sala Verde do Centro de Formação do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.
Dinamizadores	Enf ^a Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enf ^a Especialista D.
Enf^o orientador	Sra. Enf ^a Especialista D.
Métodos	Interativo e reflexivo

Tabela 1. Planificação Sessão 1 «Apreciar o Passado I»

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	Apresentação	Promover a adesão às atividades propostas.	—	O terapeuta dinamizador deverá proceder à apresentação do programa de intervenção (objetivos, número de sessões, duração), explorar expectativas do grupo em relação ao mesmo, definir normas de funcionamento (horário e confidencialidade) e estabelecer o contrato terapêutico. Incentivar o compromisso grupal.	10'
	Avaliação Diagnóstica	Efetuar o levantamento das necessidades específicas.	Canetas Documento impresso: <i>Indicadores de Resultado</i> selecionados	Solicita-se o autopreenchimento do impresso, enfatizando que os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para avaliação académica da atividade. Salvaguardar-se-ão o anonimato e confidencialidade.	5'
Aquecimento	Dinâmica “A Teia das Emoções”	Promover a disposição para a atividade central, estimulando a sintonia grupal e o sentimento de pertença. Facilitar a introdução ao tema que orienta a atividade central.	Cadeiras Novelo de fio	Terapeutas e participantes dispõem-se na sala formando um círculo. O terapeuta dinamizador inicia a dinâmica solicitando a um participante que enrole a ponta do novelo num dos dedos da mão dominante, que se apresente e verbalize um acontecimento percecionado como relevante durante o processo de vivência da doença oncológica. Após terminar, deverá lançar o novelo para diante a fim de que o participante que o apanhe proceda do mesmo modo. Depois de fazê-lo, voltará a lançar-se o novelo para diante. A dinâmica termina quando todos tiverem dado a conhecer ao grupo reminiscências marcantes. Face à teia de fio que une todos os participantes, o terapeuta dinamizador questioná-los-á sobre: - o que significa a teia; - o que aconteceria se um deles soltasse o seu fio. O processo inverso pelo qual volta a formar-se o novelo de fio pressupõe que cada participante faça referência à emoção inerente ao evento previamente evocado.	25'

Desenvolvimento	Partilha	Promover a reflexão individual e interpares sobre a atenção dada às vivências interiores, a fim de reforçar o que é adaptativo, reestruturar crenças ilógicas e alcançar a regulação emocional.	—	Deverão ser explorados: ▪ presença de acolhimento/repressão emocional, ▪ possíveis potenciadores de determinada emoção (ou necessidades subjacentes eventualmente insatisfeitas), pensamentos funcionais alternativos para as situações que suscitam as referidas vivências; ▪ formas eficazes e ajustadas psicologicamente que permitam impedir (caso sejam desajustadas) que estas associações persistam.	40´
		Integrar a contenção emocional do grupo suscitada pela partilha individual.			
	Lema de Grupo	Facilitar a proximidade dos elementos do grupo.	—	Sugerir ao grupo que selecione o lema que passará a caracterizá-lo em diante e ao qual recorrerão para anunciar o término das atividades.	5´
Finalização	Avaliação Final	Compreender o que a sessão despertou em cada um dos participantes.	—	Aferir com cada participante a relevância que a sessão assumiu.	5´
		Emergir conceitos chave abordados durante a sessão.		Efetuar o sumário.	5´

2.5.2 Sessão 2 - «Apreciar o Passado II»

Data	10 de setembro de 2015
Local	Sala Verde do Centro de Formação do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.
Dinamizadores	Enfª Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enfª Especialista D.
Enfº orientador	Sra. Enfª Especialista D.
Métodos	Interativo e reflexivo

Tabela 2. Planificação Sessão 2 «Apreciar o Passado II»

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	—	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas. Otimizar os resultados.	—	Efetuar uma descrição da sessão. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal. Sumarizar a sessão anterior.	5´
Aquecimento	Dinâmica “Crítica positiva”	Identificar e exprimir as próprias necessidades afetivas. Facilitar o sentimento de pertença grupal pelo fomento da comunicação.	Folha A ₄ (Figura 2) Canetas	Com os elementos do grupo dispostos em círculo, o dinamizador entrega a cada um, o impresso constante em Figura 2. Solicita-se que cada participante escreva nos balões, mensagens de afirmação interna. Ressalvar que a folha se destina ao elemento que têm à sua direita.	10´
Desenvolvimento	Dinâmica “A Flor”	Explorar vivências emocionais e cognitivas relacionadas com a doença Fomentar um ensaio de interpretação. Promover a aquisição das competências emocionais: <i>identificação e compreensão</i> das emoções.	Cadeiras	Cada participante deverá receber uma folha A ₄ na qual está representada uma flor (Figura 3). A cada elemento do grupo será solicitado que coloque no centro da flor o sentimento (vivência emocional) mais presente nos últimos tempos. Em cada pétala deverão escrever o que pensam e consideram estar relacionado com o sentimento que selecionaram (vivências cognitivas).	5´
	Partilha I	Promover a reflexão individual e interpares sobre a atenção dada às vivências interiores, a fim de reforçar o que é adaptativo, reestruturar crenças ilógicas e alcançar a regulação emocional. Integrar a contenção emocional do grupo suscitada pela partilha individual.	Folhas A ₄ (Figura 3) Canetas	Deverão ser explorados: ▪ presença de acolhimento/repressão emocional, ▪ possíveis potenciadores de determinada emoção (ou necessidades subjacentes eventualmente insatisfeitas) pensamentos funcionais alternativos para as situações que suscitam as referidas vivências; ▪ formas eficazes e ajustadas psicologicamente que permitam impedir que (caso sejam desajustadas) estas associações persistam.	30´
	Dinâmica “Piano pessoal”	Identificar as estratégias de <i>coping</i> que têm vindo a ser utilizadas.	Cadeiras Folhas A ₄ (Figura 4)	Após entregar o Figura 4, o terapeuta dinamizador solicitará a cada participante que reflita num problema com o qual se tem confrontado e no modo como habitualmente o resolve ou se comporta em relação ao mesmo. Por analogia, deverá escrever em cada tecla do piano diferentes modos de resolução (mais ou menos funcionais) face à mesma problemática.	5´
	Partilha II	Refletir sobre estratégias de gestão emocional. Promover a aquisição de um leque mais alargado de estratégias de <i>coping</i> adaptativas por meio da partilha e aprendizagem mútuas.	Canetas	Deverão ser explorados: ▪ adversidades mais frequentes com que se defrontam; ▪ perceção de eficácia face a cada estratégia; ▪ encontrar formas de as adotar, quando efetivas (Ver memorando das estratégias de <i>coping</i> adaptativas - Figura 5).	30´
Finalização	Avaliação	Emergir conceitos chave abordados durante a sessão.	—	Efetuar o sumário.	5´

	final	Compreender o que a sessão despertou.	Aferir com cada participante a relevância que a sessão assumiu. Terminar com o lema de grupo.	
--	-------	---------------------------------------	---	--

Figura 2. Imagem da dinâmica “*Crítica Positiva*”



Fonte: (Sunderland & Engleheart, 1993, p. 71)

Figura 3. Imagem da dinâmica “*A Flor*”

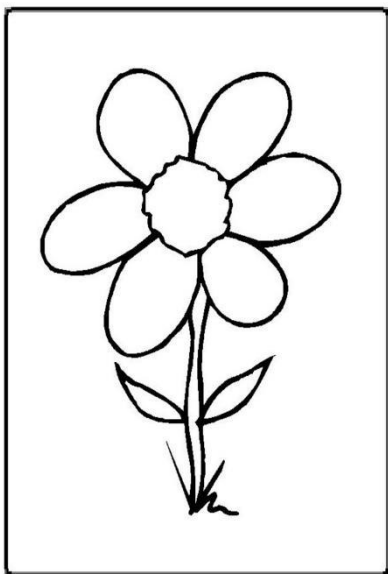


Figura 4. Imagem da dinâmica “*O Piano pessoal*”

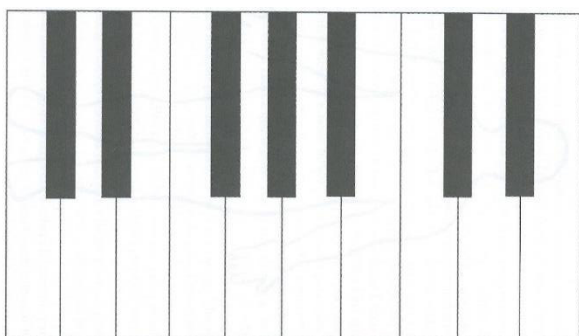


Figura 5. Memorando de auxílio relativo às Estratégias de Coping Adaptativas

MEMORANDO

ESTRATÉGIAS DE *COPING* ADAPTATIVAS

- Dar espaço e tempo para processar os lutos das várias perdas possíveis;
- Estar motivado para experienciar emoções negativas, aceitando-as;
- Evitar a supressão emocional e a reatividade negativa ao estado emocional;
- Ter consciência, compreender, expressar e aceitar as emoções contribui para um equilíbrio emocional;
- Ser flexível no uso das estratégias de adaptação;
- Padrões de *Coping* passados: o que funcionou?

Olhar para experiências e aprendizagens (bagagem emocional) que se tem na resolução de situações de crise passadas pode ser uma mais-valia.

- Na interação com outros significativos
 - ✓ Alimentar canais de comunicação adequados com a família e desta com a equipa de saúde (comunicação aberta): *juntos será mais fácil!*
 - ✓ Escutar os sentimentos, pensamentos e fantasias dos diferentes elementos da família associados à doença e ao futuro;
 - ✓ Enquadrar as mudanças repentinas de atitude e comportamento (mais ansioso, mais distante) perante a dificuldade de saber o que fazer, dizer ou agir;
 - ✓ Sempre que possível, manter uma certa normalidade no ambiente familiar;
 - ✓ Analisar e encontrar soluções para problemas específicos (um problema, uma tomada de decisão e uma solução de cada vez);
 - ✓ Focar-se nos acontecimentos diários (os acontecimentos que apelam a decisões importantes são os que merecem agora atenção);
 - ✓ Centrar-se no aqui e agora, nas reais necessidades e prioridades, pode ter a vantagem de construir a resposta eficaz;
 - ✓ Evitamento cognitivo pontual pode ser saudável mas se prolongado conduz à anulação de qualquer possibilidade de expressão e comunicação;
 - ✓ Descentrar o pensamento do negativo e dos problemas por um período de tempo poderá ser benéfico;

- 1) concentrar o pensamento noutras temáticas, noutros interesses e noutras ocupações que permitam diversificar o leque do que se sente e pensa ao longo do dia);
- 2) retomar o contacto social adequado.

- ✓ Aceitar o desafio emocional que a doença coloca e ver a possibilidade de adotar uma postura mais flexível perante a adversidade;
- ✓ Olhar para o cancro como um desafio em vez de ser encarado como uma ameaça constante ao sentido da vida com a qual não sabe lidar-se;
- ✓ Possibilitar encontrar um benefício na adversidade (reduz o impacto da doença);
- ✓ Vinculação aos sistemas de apoio social.

- Ser **pró-ativo!**
- Criar um **diário** no qual se colocam todos os pensamentos e sentimentos associados a determinado momento da vida;
- Recurso à **espiritualidade** (dá significado transcendente à vida e à morte);
- **Redefinir objetivos de vida** (pequenas metas) e **repensar prioridades** individuais;
- **Autorresponsabilização, autonomia e controlo** sobre a própria vida (permitem que se sinta que se dá continuidade aos compromissos individuais);
- Perante a intensidade das alterações emocionais e o sentimento de necessidade de apoio, equacionar o recurso a **ajuda especializada**;
- A **vigilância contínua da saúde** será a melhor aliada na prevenção e tratamento precoce das recidivas.



- *Proteger e controlar não significa cuidar melhor.* Estar ao lado e dar espaço serão as melhores atitudes (permitem o respeito pela decisão do outro);
- Estar disponível para *aceitar a ajuda de outros nas necessidades* mais práticas;
- *Estar de forma autêntica*, é também dizer como se sente!
- *Falar de assuntos difíceis!*
- *Não cair na tirania do pensamento positivo:* deverá ser natural haver espaço para partilhar as dificuldades.

2.5.3 Sessão 3 - «Celebrar o Presente»

Data	17 de setembro de 2015
Local	Sala Verde do Centro de Formação do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.
Dinamizadores	Enfª Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enfª Especialista D.
Enfº orientador	Sra. Enfª Especialista D.
Métodos	Interativo e reflexivo

Tabela 3. Planificação Sessão 3 «Celebrar o Presente»

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	—	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas. Otimizar os resultados.	—	Efetuar uma descrição da sessão. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal. Sumarizar a sessão anterior.	5´
Aquecimento	Dinâmica “O berço”	Fomentar a confiança interpares. Favorecer o relaxamento corpóreo. Facilitar a introdução do tema que orienta a atividade central.	1 Cobertor resistente; Sistema de som; Velas aromáticas	Com os elementos do grupo dispostos em círculo, o dinamizador coloca o cobertor no centro. Um elemento será convidado a deitar-se nele, adotando uma postura relaxada. Os restantes participantes distribuir-se-ão à sua volta, segurarão as bordas do cobertor e elevá-lo-ão alguns centímetros do chão. O grupo poderá emitir sons ou efetuar movimentos delicados. Após breves minutos, os participantes pousarão cuidadosamente o colega no chão, prestando particular atenção à sua cabeça. Cada um dos elementos do grupo é livre de querer confiar nos restantes e deixar-se embalar.	15´
Desenvolvimento	Técnica de Relaxamento por Imagética Guiada	Favorecer a descentração das sensações físicas.	8 Almofadas; 8 Lençóis; 8 Cobertores; Sistema de som	Aferir como cada participante se sente no momento prévio ao relaxamento. Mantendo a disposição em círculo, um dos terapeutas reiterará, exemplificando, como se processa a técnica de respiração diafragmática (<i>vide Diretrizes</i>). Aplicar a técnica adaptada de Relaxamento – Treino Autógeno de Schultz, conforme diretrizes estruturadas constantes no Guião.	35´
		Promover o bloqueio de cognições disfuncionais de carácter ruminativo e a abstração das emoções negativas deles decorrentes.			
		Treinar a serenidade para lidar com a adversidade.			
		Promover o autoconhecimento.			
	Partilha	Partilhar vivências e sentimentos experimentados no decorrer da atividade, facilitando a ventilação emocional.	—	Terapeutas presentes e participantes dispõem-se na sala formando um círculo com os colchões. Solicitar a expressão dos sentires que emergiram no decurso da atividade central e no “ <i>aqui e agora</i> ”. Orientações: sensações vivenciadas física e psiquicamente; dificuldades de concentração e de posição; distanciamento em relação a pensamentos negativos; sensações corporais de autoconhecimento; aspetos positivos e negativos; resultado final.	30´
		Integrar o emergente grupal suscitado pela partilha individual.			

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Finalização	Avaliação final	Emergir conceitos chave abordados durante a sessão.	—	Efetuar o sumário.	5'
		Compreender o que a sessão despertou.		Aferir com cada participante a relevância que a sessão assumiu. Terminar com o lema de grupo.	

Diretrizes da Respiração Diafragmática

(Guerra, Lima, & Torres, 2014, p. 184)

«Fechem os olhos, ponham a mão direita no abdómen e coloquem a esquerda no peito. Sem tentar alterar a respiração, estejam atentos ao modo como respiram. Qual é a mão que se mexe mais quando o ar entra nos pulmões? O truque para respirar de modo a ficar mais relaxado é começar a respirar mais com o abdómen, o que faz com que a mão que está em cima da barriga se mexa mais do que a que está em cima do peito.

Procurem agora fazer esta mudança e, à medida que o ar vai entrando, ajudem a respirar com o abdómen, fazendo a mão direita elevar-se mais, enquanto a esquerda fica o mais quieta possível. Vão treinando até se sentirem confortáveis com este modo de respirar.

Deixem o ar entrar devagar, a barriga vai ajudando, depois usem também a barriga para expulsar todo o ar... Isso mesmo!»

Diretrizes do Treino Autogénico (adaptado) com inclusão de imagética e Visualização dirigida

Adaptado de Payne (2003)

(Henriques 2008, cit. por Guerra, Lima & Torres, 2014, p. 205)

Apresentação da lógica da técnica:

«O método consiste no anúncio de breves fórmulas intencionais que descrevem sensações de calor, frescura e peso nos membros e que deverão ser por vós repetidas mentalmente, enquanto inspiram e expiram. Uma característica importante desta abordagem é que o participante deva sentir-se passivo e despreocupado face aos exercícios propostos, não devendo por isso tentar forçar quaisquer respostas.»

Ambiente:

- Tranquilo;
- Sombrio;
- Ameno.

Olhos:

- Deverão, preferencialmente, estar fechados, exceto se tal for indutor de sofrimento;

Posição do participante:

- Adoção preferencial da posição de deitado;

- Se a posição for a de sentado, a cabeça deverá estar apoiada;

Roupa:

- Usar roupas leves e soltas, sendo preferencial desabotoar botões que possam magoar ou apertar;

Guião da Indução:

«Assumam uma posição bem confortável, procurando respirar usando só a musculatura abdominal. Se for possível, fechem os olhos suavemente. (Pausa).

Vou procurar ajudar-vos a ficar relaxados através de uma experiência tranquila e confortável. Concentrem-se em todo o vosso corpo, procurem relaxá-lo, libertando toda a tensão que sentem... Prestem atenção à vossa respiração. Procurem respirar profundamente pelo nariz. Prestem atenção ao ar que entra e sai... Sintam o movimento do vosso corpo com a entrada e a saída do ar. Inspirem e expirem devagar. E profundamente... Mantenham essa respiração... Respirem o mais lentamente possível...

Deixem que uma sensação de paz desça sobre vós – uma sensação de estar confortável e à vontade. É importante que adotem uma atitude despreocupada face ao exercício. Isto significa deixar que as sensações surjam por si e não fazer qualquer esforço para que apareçam. Preparem-se com calma. Permaneçam nesse estado por alguns minutos...

A vossa mente está liberta de pensamentos sobre problemas e o vosso corpo adapta-se à atmosfera de calma e tranquilidade que criaram na vossa mente.

Concentrem-se no vosso corpo.

Comecem pelos músculos da cabeça, face, garganta e ombros. Concentrem-se nesses músculos prestando atenção aos da testa e maxilares. Sintam a tensão deixar a área. Os músculos começam a parecer relaxados, pesados e quentes. Concentrem-se nesta sensação durante alguns minutos...

Repitam mentalmente: Sinto-me em paz. (Pausa). Sinto-me calmo. (Pausa). A minha testa está fresca. (Pausa).

Deixem agora a sensação espalhar-se para baixo...

Sintam os membros relaxados, braços, abdómen, pernas, pés. Concentrem-se nestes músculos. Sintam a tensão dissolver-se, os músculos começam a parecer relaxados e pesados. Uma sensação de calor espalha-se através deles, até às extremidades: pontas dos dedos das mãos e pés. Concentrem-se nesta sensação... Repitam mentalmente: Sinto-me em paz. (Pausa). Sinto-me calmo. (Pausa). O meu batimento cardíaco está regular. (Pausa). Sinto os

braços e as pernas pesados e quentes. (Pausa). O meu abdómen está quente. (Pausa).

Sintam os limites do vosso corpo. O sangue que circula no seu interior. Imaginem o vosso corpo por dentro, o coração a bater, os pulmões a respirar... Através da respiração libertem todas as tensões negativas.

Todo o vosso corpo está relaxado e quente. Concentrem-se nessa sensação de relaxamento e calor. Respirem lenta e profundamente, inspirando o ar pelo nariz e expirando-o pela boca, como se estivessem a cheirar uma flor e a soprar uma vela... Continuem a concentrar-se em quão relaxados e quentes se sentem...

Vão agora imaginar que pouco a pouco vão voar até chegar ao céu... um céu bonito, de um azul claro, que vos transmite calma, tranquilidade, paz. Ao longe e, lentamente, vai-se aproximando uma nuvem... já lhe conseguem tocar com a ponta do pé... e a sensação é tão agradável que ficam com vontade de mergulhar totalmente na nuvem e de deixarem envolver-se completamente por ela. Esta nuvem vai levar-vos para fora desta sala e será guiada pela vossa imaginação.

Esta viagem irá levar-vos para um lugar calmo e tranquilo... À medida que ela decorre tentem reparar nos sons e cheiros das imagens para torná-las o mais próximo do real. O vosso corpo está completamente relaxado e encontra-se agora numa paisagem verde, tranquila, com as montanhas a verem-se no horizonte...

Sintam a brisa amena do vento na cara, nos cabelos, em todo o vosso corpo. O som dos pássaros, o cheiro das flores, da relva, das árvores... Desfrutem do seu sossego e da sua beleza... Veem flores de todos os tipos, de todas as cores, de todos os cheiros... Sentem-se evadidos por um clima de paz e felicidade... O sol brilha, está um lindo dia de primavera... Ao caminharem encontram um riacho de águas límpidas, transparentes. Mais perto, sintam os salpicos de água fresca a bater no vosso rosto... Uma brisa quente aquece o vosso corpo... Sintam esse bem-estar... Tentem desfrutar dessa experiência.

Concentrem-se novamente no vosso corpo, em como ele está relaxado. A nuvem volta a colocar-se debaixo do vosso corpo e vai trazer-vos de novo para esta sala. (Pausa).

Quando estiverem preparados, deixem lentamente regressar a consciência desta sala onde se encontram. Reorientem a vossa concentração para o presente. (Pausa). Comecem, naturalmente, a abrir os olhos e a tomar contacto com a luz à medida que vão voltando à realidade... Digam para vós próprios que irão sentir-se revigorados e alerta. Fechem e abram as mãos levemente. Dobrem e estiquem os braços algumas vezes. Depois as pernas.

Alonguem suavemente o corpo. Agora respirem profundamente uma última vez, virem-se de lado, sentem-se devagar no colchão e apreciem a sensação de energia renovada.»

2.5.4 Sessão 4 - «Projetar o Futuro»

Data	25 de setembro de 2015
Local	Sala Verde do Centro de Formação do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.
Dinamizadores	Enfª Catarina Carrola, com a supervisão da Sra. Enfª Especialista D.
Enfº orientador	Sra. Enfª Especialista D.
Métodos	Interativo e reflexivo

Tabela 4. Planificação Sessão 4 «Projetar o Futuro»

Fase da Sessão	Atividade	Objetivos	Recursos	Descrição da Atividade	Tempo
Introdução	—	Promover a adesão ao protocolo das atividades propostas. Otimizar os resultados.	—	Efetuar uma descrição detalhada da sessão. Expor regras de participação e incentivar o compromisso grupal. Sumarizar a sessão anterior.	5´
Aquecimento	Dinâmica “O Postal”	Favorecer um <i>feedback</i> positivo final acerca do papel de cada elemento do grupo. Promover a manutenção e continuidade dos laços estabelecidos, reforçando o sentimento de pertença ao grupo.	Cadeiras; Canetas; Folhas coloridas	Com os elementos dispostos em círculo, os terapeutas deverão solicitar que cada um escolha uma das folhas A ₄ coloridas para depois dobrá-la ao meio. No centro da página superior (capa) deverão escrever o seu nome. A etapa seguinte exigirá que a folha de cada participante vá rodando entre todos (o elemento A passará a sua folha a quem está à sua esquerda e receberá a folha de quem se encontra à sua direita. Sempre que um participante receba uma folha, deverá olhar para a capa para ver de quem é e, no seu interior, deverá opinar sobre o que guarda acerca dessa pessoa. Este procedimento será repetido até que cada participante receba a sua própria folha. No final, cada elemento deverá ler aquilo que foi escrito a seu respeito.	25´
Desenvolvimento	Dinâmica “A Viagem”	Avaliar o programa da intervenção. Recolher sugestões para os grupos a realizar <i>a posteriori</i> . Integrar todas as atividades e objetivos. Favorecer a generalização e manutenção das mudanças positivas e aprendizagens pessoais. Reforçar uma maior valorização pessoal e as capacidades de cada um para lidar com a adversidade. Promover um momento reflexivo grupal. Fomentar a ventilação emocional.	Mochila	Dispostos em círculo será entregue a um dos participantes uma mochila que, metaforicamente, os simboliza, representa o que foram deixando pelo caminho das sessões e o que foram recolhendo no decurso do mesmo. Tendo-a na mão, cada um deverá fazer o balanço, isto é, como partiu, como chegou, o que viu e gostaria de ter visto, o que guardou, o mais positivo/negativo, a diferença que fez na sua vida, as aprendizagens, as perspetivas de mudança. Após a avaliação final da viagem, o participante deverá passar a mochila ao elemento da sua direita para que também ele faça o mesmo. Este processo repetir-se-á até a mochila regressar ao elemento inicial.	40´

Finalização	Avaliação final	Avaliar a eficácia da intervenção a respeito da gestão emocional.	Canetas; Documentos impressos (Níveis de Sofrimento e Inquérito de Satisfação)	Solicitar o autopreenchimento dos instrumentos Níveis de Sofrimento e Inquérito de Satisfação, enfatizando que os dados obtidos serão exclusivamente utilizados para avaliação académica da intervenção. Providenciar a entrega dos pontos-chave sobre a Regulação Emocional (<i>vide Figura 6</i>). Terminar com o lema de grupo.	20´
--------------------	------------------------	---	---	---	-----

Figura 6. Dez pontos-chave sobre a Regulação das Emoções

- DEZ PONTOS- CHAVE
- PARA MELHOR REGULAR AS SUAS EMOÇÕES*
1. **"Aceitarmos que estamos emocionados:** não é um sinal de inferioridade nem de fracasso. É apenas a lembrança da nossa humanidade, imperfeita, frágil e sensível. Todos sentem as mesmas emoções que nós: quando os outros as conseguem ver, ficam mais inclinados à incompreensão e à empatia do que ao julgamento e à rejeição.
 2. **Sempre que possível, permitir a expressão das nossas emoções.**
É evidente que há momentos em que temos de as dissimular, mas esses são a exceção (como algumas situações profissionais): a regra é deixar viver as nossas emoções.
 3. **Deixar viver não significa deixar fazer:** todas as emoções devem ser compreendidas e acompanhadas e a sua expressão canalizada, em função das circunstâncias e dos interlocutores.
 4. **Considerar as nossas emoções como aliados:** elas podem guiar as nossas intuições e servir de motor de arranque das nossas ações (aquilo a que chamamos impulsões), e tudo isto será muito útil e conduzir-nos-á frequentemente na posição certa, desde que nos mantenhamos na posição de piloto e não na de passageiro. As nossas emoções dão-nos a energia para agir, mas cabe-nos a nós agarrar no volante e escolher o caminho.
 5. **Compreender e clarificar a nossa forma de sentir:** a emoção é um sinal de que está a acontecer alguma coisa que nos afeta.
 6. **Ligarmo-nos aos nossos valores e às necessidades fundamentais que lhe estão associadas:** ser amado, respeitado, tranquilizado... As emoções falam-nos das nossas necessidades. São negativas se estas forem desrespeitadas e positivas se forem satisfeitas. Temos de aprender a identificar essas necessidades, não só para reagirmos quando elas não são satisfeitas, mas também para aprendermos a cultivá-las e a protegê-las «calmamente» (sem agitação emocional excessiva).
 7. **Não pensar só nas emoções negativas:** aprender a cultivar e a saborear os bons momentos e as emoções positivas. Elas não vão durar (dizem-nos os pessimistas). É verdade! E depois? O que é efêmero e passageiro também nos pode fazer felizes. No que a isto diz respeito, não queremos buscar a beatitude, permanente, mas a felicidade, intermitente.
 8. **Aceitar todas as emoções, positivas e negativas.**
As impulsões para reagir e mudar provêm, por vezes, de emoções negativas, mas as impulsões para perseverar e construir resultam, frequentemente, de emoções positivas: temos necessidades das duas.
 9. **Cuidar do nosso corpo e das nossas relações sociais:** praticar exercício físico regularmente e visitar regularmente familiares ou travar novos conhecimentos são dois fatores muito poderosos para o nosso equilíbrio emocional.
 10. **Aceitar o eterno retorno das emoções negativas:** não significa que sejamos incapazes de mudar, mas apenas que o desenvolvimento pessoal é uma obra permanente. E, felizmente para nós, apaixonante..."

* André, C. (2014). Posfácio. In M. Desseilles, & M. Mikolajczak, *Tratado de Regulação das Emoções* (L. Teopisto, Trad., pp. 541-546). Lisboa: Edições Piaget. (Tradução do original francês *Traité de Régulation des Émotions*, 2012, Paris: Groupe de Boeck).

2.6 Avaliação da Intervenção

Atendendo ao enquadramento teórico descrito, foi elaborado um protocolo de avaliação que integrou dois momentos de recolha de dados (previamente e após o término da Intervenção) com recurso à grelha NOC representada na Figura 1, referente aos níveis de sofrimento emocional. Foram ainda tidos em consideração os comportamentos observáveis dos clientes no decurso e após as sessões e a avaliação subjetiva explanada nos momentos de partilha.

2.7 Resultados

A sistematização dos resultados consta nas Tabela 5 e Tabela 6.

Tabela 5. Resultados dos níveis de sofrimentos mencionados antes e após a intervenção

Clientes	Momento	Pontuação
C.B.	Início	57
	Final	57
L.B.	Início	32
	Final	56
M.O.	Início	57
	Final	63
O.I.	Início	37
	Final	28
T.D.	Início	34
	Final	59
V.O.	Início	52
	Final	35

Tabela 6. Sistematização dos resultados referentes aos níveis de sofrimento

Resumo de Resultados	n (% relativo)
Amostra Total	6 (100%)
Melhoria	3 (50%)
Pioria	2 (33%)
Sem evolução	1 (17%)

Globalmente, sobressai que o grupo avaliou a intervenção como um momento de aprendizagem. Para tal poderá ter concorrido a partilha de receios, a elaboração da

autoexpressão de conteúdos internos, o alívio de tensões e desenvolvimento de força anímica entre os participantes. Acredita-se que a observância de casos de pioria possa ter-se devido a um processo de questionamento interno incitado no decurso das sessões, ao qual se associa, inegavelmente, o sofrimento por receio da mudança implicar a reestruturação cognitiva-comportamental.

Para a avaliação da satisfação dos clientes foi solicitado o preenchimento do Inquérito constante na Figura 7 e cujos resultados se enunciam na Tabela 7.

Figura 7. Inquérito de Satisfação da intervenção

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO*

Por favor não escreva neste local

Código: [][][][][][][] Processo: [][][][][][][][]

Nota explicativa: Este inquérito destina-se a conhecer o grau de satisfação sobre as ações de enfermagem efetuadas no decorrer do estudo.

Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial. Os dados solicitados destinam-se a tratamento estatístico e não permitem a sua identificação.

Iniciais do nome completo:

Faça um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso.

<i>Indicadores</i>	Nada Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Relação e Comunicação			
Sentir que houve tempo suficiente durante a(s) intervenção(ões).	1	2	3
Sentir que houve interesse nos problemas de saúde.	1	2	3
Facilidade com que se sentiu à vontade para contar os seus problemas.	1	2	3
Forma como foi envolvido nas decisões sobre os cuidados proporcionados.	1	2	3
Forma como o enfermeiro o ouviu.	1	2	3
Confidencialidade da informação sobre o seu processo.	1	2	3
Informação e Apoio			
Explicação detalhada sobre os objetivos das intervenções.	1	2	3
Informação sobre o que queria saber.	1	2	3
Ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com a saúde/doença.	1	2	3
Continuidade e Cooperação			
Preparação sobre o que esperar das intervenções.	1	2	3

* Adaptado do estudo de investigação EUROPEP de Ferreira, P. & Raposo, V., 2006, sobre a *Governança em Saúde e a Utilização dos Indicadores de Satisfação*

Tabela 7. Resultados referentes ao inquérito de satisfação da intervenção

	Geral	Relações e Comunicação	Informação e Apoio	Continuidade e Cooperação
	<i>n (% relativo)</i>	<i>n (% relativo)</i>	<i>n (% relativo)</i>	<i>n (% relativo)</i>
Total de respostas	60 (100%)	36 (100%)	18 (100%)	6 (100%)
Nada Satisfeito	6 (10%)	3 (8%)	2 (11%)	1 (17%)
Satisfeito	11 (18%)	8 (22%)	1 (6%)	2 (33%)
Muito Satisfeito	43 (72%)	25 (69%)	15 (83%)	3 (50%)

Atendendo aos valores expostos, conclui-se que os participantes revelaram-se globalmente muito satisfeitos com a intervenção efetuada, embora deva continuar a investir-se a nível comunicacional e relacional.

3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, E., & Cabral, A. S. (2015). *Psico-Oncologia - Temas Fundamentais*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Bell, K., Lee, J., Foran, S., Kwong, S., & Christopherson, J. (2010). Is there an "Ideal Cancer" Support Group? Key Findings from a Qualitative Study of Three Groups. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28 (4), pp. 432-449. DOI: 10.1080/07347332.2010.488140.
- Bower, P., Knowles, S., Coventry, P., & Rowland, N. (2011). Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database Systematic Review*, 7 (9), p. DOI: 10.1002/14651858.CD001025.pub3.
- Bulechek, G., Dochterman, J., & Butcher, H. (2010). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (G. Toletti & M. Vieira, Trans.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original francês *L'Intervention Therapeutique - Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide*, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière, Inc.).
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de intervenção*. (G. Toletti & M.C. Vieira, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Traduzido do original francês *L'Intervention Thérapeutique - Stratégies d'intervention*, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière Inc.).
- Cody, R., & Drysdale, K. (2013). The Effects of Psychotherapy on reducing Depression in Residential Aged Care: A Meta-Analytic Review. *Clinical Gerontologist*, 36 (1), pp. 46-69. Acedido em 21-12-2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/07317115.2012.731474>.
- Correia, D. T. (2011). Avaliação em Psiquiatria de Ligação. In D. T. Correia (Coord.), *Psiquiatria de Ligação na Prática Clínica - Intervenção Psicológica e Psiquiátrica em doentes com patologia orgânica* (pp. 15-43). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Deimling, G., Wagner, L., Bowman, K., Sterns, S., Kercher, K., & Kahana, B. (2006). Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15 (2), pp. 143-159. DOI: 10.1002/pon.931.
- Dobos, G., Overhamm, T., Büssing, A., Ostermann, T., Lanhorst, J., Kümmel, S., et al. (2015). Integrating mindfulness in supportive cancer care: a cohort study on a mindfulness-based care clinic for cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 23

(10), pp. 2945-2955. DOI: 10.1007/s00520-015-2660-6.

Estrela-Dias, M., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Intervenção Psicológica Positiva em Grupo: Forças e Virtudes na Reabilitação pós-AVC. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (1), pp. 202-219. DOI: 10.15309/14psd150117.

Fawzy, F., Fawzy, N., & Wheeler, J. (1996). A post-hoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: An analysis of data from two studies. *Psycho-Oncology*, 5 (2), pp. 81-89.

Fawzy, F., Fawzy, N., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J., et al. (1993). Malignant Melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival six years later. *Archives of Psychiatry*, 50, pp. 681-689.

Franks, H., & Roesch, S. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15 (12), pp. 1027-1037. DOI: 10.1002/pon.1043.

Grant, M., Economou, D., & Ferrel, B. (2010). Oncology nurse participation in survivorship care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (6), pp. 709-715. DOI: 10.1188/10.CJON.709-715.

Greenfield, D., Absolom, K., Eiser, C., Walters, S., Michel, G., Hancock, B., et al. (2009). Follow-up care for cancer survivors: the views of clinicians. *British Journal of Cancer*, 101 (4), pp. 568-574. DOI: 10.1038/sj.bjc.6605160.

Guerra, M. P., Lima, L., & Torres, S. (2014). *Intervir em Grupos na Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (2006). *From Cancer Patient to Cancer Survivor - Lost in Transition*. Washington D.C.: The National Academies Press.

Holland, J., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M., & McCorkle, R. (2010). *Psycho-Oncology*. (2nd ed.). Oxford: University Press.

Howell, D., Hack, T., Oliver, T., Chulak, T., Mayo, S., Aubin, M., et al. (2012). Models of care for post-treatment follow-up of adult cancer survivors: a systematic review and quality appraisal of the evidence. *Journal of Cancer Survivorship*, 6 (4), pp. 359-371. DOI: 10.1007/s11764-012-0232-z.

Jefford, M., Karahalios, E., Pollard, A., Baravelli, C., Carey, M., Franklin, J., et al. (2008). Survivorship issues following treatment completion - results from focus groups with australian cancer survivors and health professionals. *Journal of Cancer Survivorship*, 2 (1), pp. 20-32. DOI: 10.1007/s11764-008-0043-4.

- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Porto Alegre: Artmed (Tradução do original do inglês Nursing outcomes classification, 2000, New York: Mosby Inc.).
- Lessa, J., & Sá, R. (2006). A Relação Psicoterapêutica na abordagem fenomenológica existencial. *Análise Psicológica*, 24 (3), pp. 393-397. Acedido em 14-03-2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v24n3/v24n3a13.pdf>.
- Lopes. (2010). O Aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipa de Tratamento - Artigo de Investigação. *Revista Toxicodependências*, 16 (1), pp. 65-77. Acedido a 22-06-2015. Disponível em http://www.sicad.min-saude.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/494/Text6Vol16_n1E.pdf.
- Lopes, M. J. (2005). Os clientes e os enfermeiros: Construção de uma Relação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (2), pp. 220-228. Acedido a 30-03-2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf>.
- McIntyre, T., Fernandes, S., & Pereira, M. G. (2014). Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In M. R. Dias, & E. Durá, *Territórios da Psicologia Oncológica* (2ª ed., pp. 255-276). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mendes, J. M. (2006). A Relação de Ajuda: Um Instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem - Informa*, (36), pp. 71-77.
- Montgomery, P., Rose, D., & Carter, L. (2009). Patient health outcomes in psychiatric mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16 (1), pp. 32-45. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2008.01327.x.
- Morais, A., & Moura, M. J. (2015). Aconselhamento Psicológico. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 339-348). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- National Cancer Institute. (2015). Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ®)–Health Professional Version. *Psychosocial Interventions for Distress*. Acedido em 31-08-2015. Disponível em https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/anxiety-distress-hp-pdq#link/_151_toc.
- National Comprehensive Cancer Network. (2016). NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. *Distress Management - Verson 2.2016*. Fort Washington: NCCN, Inc.
- Nave, A. C., & Moura, M. J. (2015). Ciclo de Vida, Personalidade e Coping. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral (Coords.), *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp.

- 35-42). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *CIPE Versão 2011 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (H. Castro, Trad.) Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Traduzido do original em inglês ICPN - International Classification for Nursing Practice, 2013, Genebra: ICN).
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto psico-oncológico do cancro da mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, Community & Health, 1* (1), pp. 33-55. DOI: 10.5964/pch.v1i1.6.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento - Um Guia Prático para Profissionais de Saúde* (2ª ed.). (S. Ribeiro, & J. Bastos, Trans.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. (Tradução do original em inglês *Relaxation Techniques - A Practical Handbook for the Health Care Professional*, 2000, London: Churchill Livingstone - Harcourt Publishers Limited).
- Pereira, P., & Rebelo Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem, 18* (2), pp. 61-73. Acedido a 12-12-2015. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_61_73.pdf.
- Phaneuf, M. (1995). Relação de Ajuda - elemento de competência da enfermeira. 1º *Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Coimbra.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro & R. Salgueiro, Trans.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda. (Traduzido do original em francês *Communication, entretien, relation d'aide et validation*, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière, Inc.).
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro, & R. Salgueiro, Trans.) Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda. (Traduzido do original francês *Communication, entretien, relation d'aide et validation*, 2002, Montréal: Les Éditions de la Chenelière Inc.).
- Phillips, F., & Jones, B. (2014). Understanding the lived experience of latino adolescent and young cancer survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship, 8* (1), pp. 39-48. DOI: 10.1007/s11764-013-0310-x.
- Pires, M. (2015). Necessidades e Apoios Sociais em Oncologia. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia* (pp. 435-442). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, Regulamento nº 356/2015 (Diário da República, 2ª série, nº 122, 25 de

junho de 2015).

- Sampaio, F. M., Sequeira, C. A., & Lluch-Canut, M. T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (15-16), pp. 2096-2105. DOI: 10.1111/jocn.12808.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 1), pp. 103-108.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), pp. 11-18. Acedido a 26-01-2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0152>.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Serra, A. V. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Edição do Autor.
- Shapiro, J., McCue, K., Heyman, E., Dey, T., & Haller, H. (2010). Coping-related variables associated with individual differences in adjustment to cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28 (1), pp. 1-22. DOI: 10.1080/07347330903438883.
- Silva, E., & Pimentel, A. (2015). Qualidade de Vida no Sobrevivente. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 65-71). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Spira, J. L., & Casden, D. R. (2010). Group psychotherapy for persons with cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, & et al., *Psycho-Oncology* (2nd ed., pp. 408-414). New York: Oxford University Press.
- Stanton, A. (2012). What Happens Now? Psychosocial Care for Cancer Survivors After Medical Treatment Completion. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (11), pp. 1215-1220. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.7406.
- Sunderland, M., & Engleheart, P. (1993). *Draw On your Emotions: Creative Ways to Explore, Express & Understand Important Feelings*. Bicester: Winslow Press.
- Torres, A., Pereira, A., & Monteiro, S. (2015). Grupos de Intervenção Terapêuticos e Psicoeducativos. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 361-369). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Trindade, I., & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento Psicológico em contextos de saúde e doença - Intervenção privilegiada em Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 18 (1), pp. 3-14. DOI: 10.14417/ap.418.

- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. (D. Batista, Trad.)
Porto Alegre: Artes Médicas (Traduzido do original em inglês Group Psychotherapy,
1989, Washington: American Psychiatric Press, Inc.).
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - Uma teoria de Enfermagem*.
Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Zebrack, B., & Isaacson, S. (2012). Psychosocial Care of Adolescents and Young Adults
Patients With Cancer and Survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 30 (11), pp. 1221-
1226. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.5467.

APÊNDICE VII

ESTUDO EMPÍRICO

Declaro que este Estudo Empírico é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto e na bibliografia.

“A investigação é importante para a construção do conhecimento.”

(Almeida & Silva, 2015, p. 29)

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACP	Análise de Componentes Principais
CDE	Código Deontológico do Enfermeiro
CNECV	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
EDRE	Escala de Dificuldades de Regulação Emocional
ISM	Inventário de Saúde Mental
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
NCCS	<i>National Coalition for Cancer Survivorship</i>
QDVRS	Qualidade de Vida relacionada com a Saúde
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
TD	Termómetro do <i>Distress</i>

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

cit. por	citado por
dp	desvio-padrão
et al.	e outros
p.	página
>	superior
<	inferior
%	percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 DELIMITAÇÃO CONCEPTUAL	12
1.1 Sobreviventes de cancro: desafios em saúde	12
1.2 Que Qualidade de Vida têm os Sobreviventes?	14
1.3 <i>Distress</i> e Perturbações de Adaptação	15
1.4 Rastreio	17
2 METODOLOGIA	19
2.1 Problemática	19
2.2 Delineamento do Estudo	19
2.3 Questões de Investigação	20
2.4 Objetivos	20
2.5 Considerações Éticas	21
2.6 Amostra	22
2.6.1 Caracterização da Amostra	22
2.7 Instrumentos de autoavaliação	25
2.7.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico	26
2.7.2 Termómetro do <i>Distress</i> (TD)	26
2.7.3 Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)	27
2.7.4 Inventário de Saúde Mental (ISM)	28
2.8 Procedimentos de Análise	29
3 RESULTADOS	30
3.1 Termómetro do <i>Distress</i>	30
3.1.1 Estatística Descritiva	30
3.1.2 Representações Gráficas	31
3.2 EDRE	34
3.2.1 Estatística Descritiva	34

3.2.2	Consistência Interna	41
3.2.3	Análise de Componentes Principais	41
3.2.3.1	Adequabilidade	41
3.2.3.2	Retenção de componentes	42
3.3	ISM	44
3.3.1	Estatística Descritiva	44
3.3.2	Consistência Interna	50
3.3.3	Análise de Componentes Principais	50
3.3.3.1	Adequabilidade	50
3.3.3.2	Retenção de componentes	51
3.4	Análise de Grupos	52
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
5	CONCLUSÕES	57
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS DE FUTURO	59
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo explicativo do <i>distress</i>	16
Figura 2.	Proporção da frequência das respostas face à dimensão 1 (Problemas do dia-a-dia)	32
Figura 3.	Proporção da frequência das respostas face à dimensão 2 (Aspetos Religiosos)	32
Figura 4.	Proporção da frequência das respostas face à dimensão 3 (Problemas Emocionais)	33
Figura 5.	Proporção da frequência das respostas face à dimensão 4 (Problemas Familiares)	33
Figura 6.	Proporção da frequência das respostas face à dimensão 5 (Problemas Físicos)	34
Figura 7.	Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Estratégias	36
Figura 8.	Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Não Aceitação	37
Figura 9.	Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Consciência	38
Figura 10.	Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Impulsos	39
Figura 11.	Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Objetivos	40

Figura 12. Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Clareza	40
Figura 13. Gráfico Scree plot EDRE	43
Figura 14. Seleção de valores de correlação interitem ISM sub-dimensão Ansiedade	46
Figura 15. Seleção de valores de correlação interitem ISM sub-dimensão Depressão	47
Figura 16. Seleção de valores de correlação interitem ISM sub-dimensão Perda	48
Figura 17. Seleção de valores de correlação interitem ISM sub-dimensão Afetos	49
Figura 18. Seleção de valores de correlação interitem ISM sub-dimensão Laços	49
Figura 19. Gráfico <i>Scree plot</i> ISM	52
Figura 20. Gráfico representativo dos <i>Clusters</i>	53
Figura 21. Gráficos das médias das pontuações dos quatro grupos para os três instrumentos (EDRE, TD e ISM)	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sistémica da amostra total	24
Tabela 2. Caracterização da amostra com inclusão de variáveis oncológicas	25
Tabela 3. Respostas dadas aos diferentes termómetros	30
Tabela 4. Frequência das respostas da Amostra sobre as dimensões do Termómetro do <i>Distress</i>	31
Tabela 5. Médias e desvios-padrão da amostra sobre o EDRE	35
Tabela 6. Correlações interitem EDRE - Subescala Estratégias	36
Tabela 7. Correlações interitem EDRE - Subescala Não Aceitação	36
Tabela 8. Correlações interitem EDRE - Subescala Consciência	37
Tabela 9. Correlações interitem EDRE - Subescala Impulsos	38
Tabela 10. Correlações interitem EDRE - Subescala Objetivos	39
Tabela 11. Correlações interitem EDRE - Subescala Clareza	40
Tabela 12. Coeficientes de Alpha de Cronback para o EDRE	41
Tabela 13. Teste de Esfericidade de Bartlett	42
Tabela 14. Valores próprios e % de variância explicada pelas 10 primeiras componentes principais	43
Tabela 15. Médias e Desvios-padrão da amostra sobre o ISM	45
Tabela 16. Correlações interitem ISM sub-dimensão Ansiedade	46
Tabela 17. Correlações interitem ISM sub-dimensão Depressão	46
Tabela 18. Correlações interitem ISM sub-dimensão Perda	47

Tabela 19. Correlações interitem ISM sub-dimensão Afetos	48
Tabela 20. Correlações interitem ISM sub-dimensão Laços	49
Tabela 21. Coeficientes de Alpha de Cronback para o ISM	50
Tabela 22. Teste de Esfericidade de Bartlett.....	51
Tabela 23. Teste Valores próprios e % de variância explicada pelas 10 primeiras componentes principais.....	51
Tabela 24. Médias para o Termómetro de <i>Distress</i>	53
Tabela 25. Médias para o EDRE.....	53
Tabela 26. Médias para o ISM	54

INTRODUÇÃO

O domínio biomédico da doença oncológica tem-se refletido na progressiva elevação da taxa de sobrevivência entre aqueles que sofrem deste tipo de afeção. Inevitavelmente, do aumento da sobrevida emergiram mais necessidades de intervenção e compreensão. Se o repto da intervenção refere-se à recuperação e manutenção da qualidade de vida em múltiplas frentes, a análise compreensiva do fenómeno da sobrevivência pressupõe a aferição do contributo da psico-oncologia na gestão crónica da doença.

Em contexto da prática de enfermagem oncológica a “multiplicidade e simultaneidade de sofrimentos” (Justo, 2014, p. 30) dos clientes impregna a realidade diária. De facto, à gravidade patológica poderão adicionar-se amplas limitações funcionais que se expandem aos territórios relacional, profissional e social, os efeitos colaterais adversos dos tratamentos e o potencial desenvolvimento ou reativação de vivências depressivas.

O reduzido reconhecimento e consideração do impacto do cancro na emocionalidade e saúde mental do sobrevivente na prática de enfermagem constitui uma lacuna surpreendente atendendo à natureza do cuidar. Parafraseando Swanson (1993) “as práticas terapêuticas dos enfermeiros estão fundadas no conhecimento da enfermagem (...) humanidades, assim como no *insight* pessoal e compreensão experiencial, e a finalidade do cuidar em enfermagem é fortalecer o bem-estar daqueles de quem cuidam” (p. 354). Nesta continuidade, a dimensão emocional do processo de doença e a integração do acontecimento inexplicável que é o cancro assumem relevância central para o enfermeiro.

1 DELIMITAÇÃO CONCEPTUAL

1.1 Sobreviventes de cancro: desafios em saúde

O estigma de que cancro é sinónimo de morte tem conduzido a um “processo de social de negação com recurso a eufemismos (...) como se a sua mera pronúncia fosse vaticinadora de presságios negativos” (Espadinha & Pinto, 2014, p. 243). Esta representação social da doença direcionou, durante demasiado tempo, o enfoque dos cuidados no diagnóstico clínico e tratamentos. De facto, as reportadas a taxas de incidência e mortalidade vêm atestar esta realidade.

Todavia, como resultado da deteção precoce e dos avanços tecnológicos no domínio do tratamento, a taxa de sobrevivência tem verificado um aumento significativo. Epidemiologicamente, a sobrevivência ao cancro é considerada um fenómeno recente, embora já em 2013 se alertasse para uma prevalência de 13 milhões de sobreviventes europeus (Gatta, et al., 2013). Estes fatores têm progressivamente conduzido a uma mudança de paradigma classificativo do cancro, que deixou de ser considerado uma doença irremediavelmente fatal, para se enquadrar no campo das doenças crónicas.

Dados do Registo Oncológico Nacional (RORCentro, 2014) corroboram a divulgação de Bhatia & Robison (2008) que afirma que a população de sobreviventes tem crescido a uma taxa de 2% ao ano. Com o incremento da prevalência têm emergido a consciência da escassa informação inerente ao estado de saúde, reais necessidades e repercussões na qualidade de vida destes indivíduos, motivo pelo que é impreterível dar prioridade a esta realidade multifacetada (Ganz, 2011) e atuar no sentido da otimização da saúde a longo prazo.

A indefinição do conceito de «sobrevivente» associa-se à inexistência de um quadro teórico claro (Doyle, 2008), o que parece acarretar uma ausência de consenso sobre o real significado da terminologia (Pinto & Pais Ribeiro, 2007) (Khan, Rose, & Evans, 2012). Feuerstein (2007) define-os como sendo indivíduos com diagnóstico oncológico que findaram o tratamento primário e, na mesma linha de raciocínio outros autores consideram que deve abranger todos aqueles que ultrapassam o ponto de corte de 5 anos sem recidiva (Ferro & Borràs, 2011). Importa, no entanto, ressaltar que o estabelecimento de fronteiras temporais não contempla as variabilidades significativas entre tipos de cancro e a heterogeneidade dos prognósticos, o que determina que este ponto de corte fique desprovido de significado (Khan, Rose, & Evans, 2012). Não obstante a questionabilidade de pressupostos como este e a não identificação com a expressão pelos próprios (McGrath & Holewa, 2012), a terminologia tem sido amplamente usada na literatura científica.

Numa tentativa de consenso, a organização *National Cohalition for Cancer Survivorship* (NCCS) veio a propor uma definição ampla pela qual um indivíduo é considerado sobrevivente a partir do momento do diagnóstico de cancro (Ganz, 2011). Trata-se de uma definição que, pela sua abrangência, remete para uma miríade de desafios decorrentes da transição das fases aguda para a crónica e para a consequente necessidade de implementação de terapêuticas que “maximizem a potencialização da cura e minimizem os efeitos tardios que decorrem dos tratamentos” (Espadinha & Pinto, 2014, p. 246) (Morgan, 2009). Portanto, o conceito de «sobrevivente» é dinâmico, multideterminado que não poderá ser simplesmente explicado pela ausência de doença (Zebrack, 2015). Supõe, antes, uma análise centrada na pessoa e o recurso a parâmetros subjetivos como o bem-estar e a qualidade de vida (Pinto & Pais Ribeiro, 2007) (Jacobsen, Holland, & Steensma, 2012).

A trajetória de vida do sobrevivente surge na literatura em várias fases, atendendo ao processo evolutivo ou involutivo da doença. A experiência surge descrita em Mullen (1985) em três fases marcadas por problemáticas específicas: aguda, intermédia e permanente. A primeira, inicia-se com o diagnóstico e prolonga-se até ao término dos tratamentos. Nela, a pessoa assume o «papel de doente» “muitas vezes despido da sua singularidade” (Pinto & Pais Ribeiro, 2007, p. 144) dado que a sobrevida física é a preocupação central. A fase intermédia tem início com o fim dos tratamentos e assume a designação frequente de remissão. Nesta, “a pessoa move[-se] através de uma ténue linha entre o «estar doente» e o «estar bem»” (idem, ibidem), sendo dominada pela espera e consultas regulares de vigilância. Do ponto de vista psíquico, trata-se de uma fase onde a ambivalência prevalece dado que “a alegria de estar vivo colide com o medo contínuo de recidiva” (Pinto & Pais Ribeiro, 2007, p. 145) e a ansiedade surge pela insegurança associada à falta de controlo da doença conferida pelos tratamentos. Este temor, embora tenda a dissipar-se com o tempo e ficar latente, surge exponenciado sempre que se repetem exames médicos. Nesta fase, assume-se um novo papel, o de “«a pessoa que teve um cancro»” (idem, ibidem) e o *stress* surge comumente sob a forma de um luto ou sentido de perda não resolvido. A terceira e última etapa inclui o tempo de vida restante da pessoa. Caracteriza-se pelo estado de ausência de doença, diminuto risco de recorrência, aumento de confiança na sobrevida e decréscimo da hipervigilância e receio constante de recidiva. Todavia, embora muitos sobreviventes usufruam da ideia de cura, outros há cujo lema de vida é «um dia de cada vez», dado que os efeitos deletérios e crónicos dos tratamentos constituem uma ameaça à saúde e à qualidade de vida (Silva & Pimentel, 2015). Acresce ainda o facto de reconhecer-se que a possibilidade de surgimento de segundos cancros primários aumenta com a idade (Deimling, Wagner, Bowman, Sterns, Kercher, &

Kahana, 2006).

Cavro, Bungener, & Bioy (2005) evidenciam que a vivência do sobrevivente é, portanto, marcada pela consciência omnipresente [e por vezes mórbida] da mortalidade, pela dificuldade em (re)descobrir o seu lugar no mundo social e pela labilidade psicológica.

Viver para além de um cancro pressupõe então “a integração da experiência no seu próprio autoconceito” (Espadinha & Pinto, 2014, p. 245), a redefinição da identidade (Park, Zlateva, & Blank, 2009) e do sentido da vida. Se a manutenção do papel de passividade acarreta um decréscimo de autocontrolo e a continuidade do confronto com a vulnerabilidade, a adoção de atitudes pró-ativas fortalece o empoderamento.

1.2 Que Qualidade de Vida têm os Sobreviventes?

O conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde (QDVRs) foi desenvolvido na sequência da necessidade de avaliação do impacto da doença oncológica face ao fenómeno do aumento da sobrevivência (Silva & Pimentel, 2015). Neste âmbito, inclui a percepção individual do estado de saúde em domínios interrelacionados (físico, psicológico, social e existencial) envolvendo aspetos positivos e negativos associados à vivência do cancro, pelo que se trata de um construto multidimensional.

A evidência é inequívoca quando salienta que, globalmente, os sobreviventes têm uma boa qualidade de vida geral (Phillips & Jones, 2014) (Smith, Armes, Richardson, & Stark, 2013). Todavia, sugere-se também que têm menos saúde mental e física comparativamente a pessoas sem história de doença oncológica (Huang, Brinkman, Armstrong, Leisering, Robison, & Krull, 2016) (Hudson, et al., 2015) (Mertens & Marchak, 2015) (Monteiro, Torres, Morgadinho, & Pereira, 2013) (Weaver, et al., 2012).

São inúmeros os estudos que salientam a vulnerabilidade do grupo de sobreviventes, atendendo às sequelas reais e potenciais da doença e tratamentos. São dignos de referência a predisposição aumentada a morbilidades físicas que subsistem como memórias (fadiga, dor crónica, neuropatia periférica, cicatrizes e trajetórias de veias esclerosadas), a incerteza do futuro (Pinto & Pais Ribeiro, 2007), dificuldades económico-financeiras associadas a seguradoras e reempregabilidade, a necessidade de reestruturação dos papéis sociais, alterações da fertilidade, dificuldades na autorregulação emocional, bem como os riscos acrescidos de perturbações do foro psiquiátrico, reforma antecipada e mortalidade precoce (Alfano & Rowland, 2009). Com efeito, importa que estas implicações sejam alvo de reabilitação compreensiva sob risco de não serem atendidas (Jarret, et al., 2013). Simard, et al. (2013) salientam que dos efeitos psicossociais, o medo de recorrência é frequentemente

relatado como uma necessidade pouco valorizada pelos profissionais de saúde. Os autores descrevem, aliás, que a intensidade deste receio surge frequentemente associado à experiência de ansiedade, *distress* psicológico, presença de sintomas físicos e em adultos mais jovens (Kim & Yi, 2014).

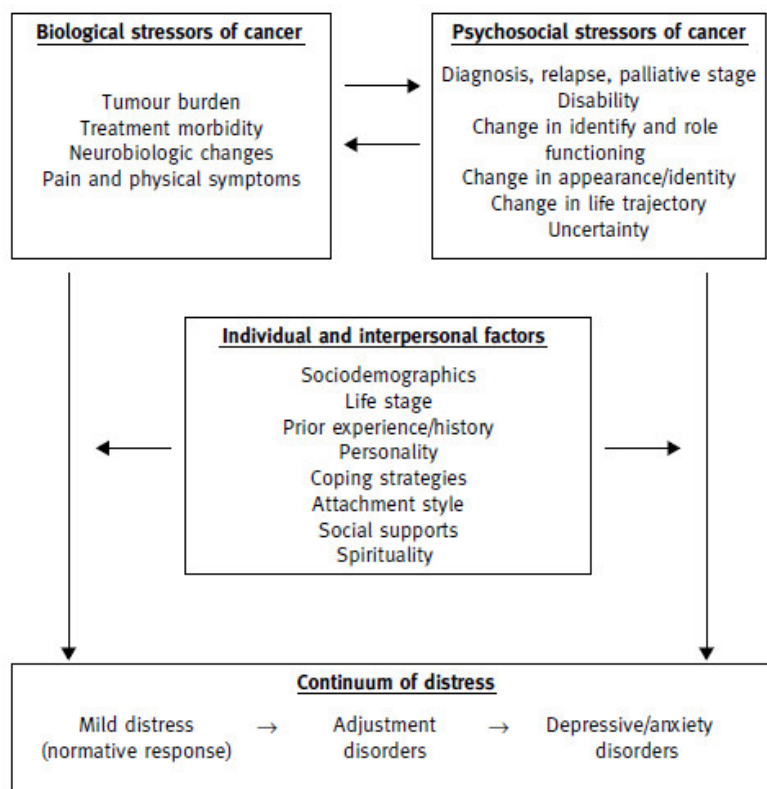
Em suma, urge que a primazia dada à procura de indícios de recidiva seja substituída pela atenção à unicidade, assumindo particular relevância as necessidades psicossociais (Zebrack, 2015)(Holland & Reznik, 2005). De facto, uma abordagem integral é preditora de ganhos em saúde na medida em que repercutir-se-á numa menor morbilidade (Espadinha & Pinto, 2014) (Meijer, et al., 2013) (Rueegg, et al., 2013) (Zebrack, Burg, & Vaitones, 2012).

1.3 *Distress* e Perturbações de Adaptação

São inúmeras as pessoas que descrevem vivências de sofrimento emocional ao longo da trajetória prototípica da doença. De acordo com a literatura, a experiência sofredora pode incluir situações extremas, desde a resposta psicológica natural de sentimento de vulnerabilidade, tristeza e medo a quadros patológicos e incapacitantes com critérios para uma perturbação psiquiátrica que a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) propôs designar de *distress*. A este *continuum* podem, por conseguinte, corresponder distintos compromissos funcionais (físicos e psicossociais) que se refletem numa qualidade de vida diminuída. Efetivamente, “*it is reasonable to expect bidirectional influences between psychological distress and subjective well-being*” (Hou & Lam, 2014) desde o momento do diagnóstico.

Conceptualmente, o *distress* poderá decorrer da articulação de uma miríade de fatores, protetores ou agressores, como enunciado na Figura 1.

Figura 1. Modelo explicativo do *distress*



Fonte: Li, Hales, & Rodin (2010, p. 307)

De acordo com Cabral & Paredes (2015) esta experiência emocional é autolimitada e transitória enquanto se processa o ajustamento à vivência do cancro, pelo que não é frequente a sua tradução em psicopatologia ou com relevância clínica: tratam-se, antes, de “sintomas esperados (...) que são habituais e que podem ser considerados como adaptativos” (p. 195). Todavia, é consensual a existência de casos cujas consequências emocionais são significativas, resultando em *distress* permanente, enquadrável numa perturbação de adaptação, de ansiedade ou depressiva (Li, Yang, Zhang, Yao, & Liu, 2015) (Holland & Alici, 2010). A este respeito, a evidência salienta que o *distress* surge identificado em 30 a 75% dos clientes com doença oncológica (Hulbert-Williams, Neal, Morrison, Hood, & Wilkinson, 2012), sendo que duas meta-análises apontam para uma prevalência de 32% de perturbações psiquiátricas não psicóticas (Singer, et al., 2013).

No que concerne às Perturbações de Adaptação, tem sido apontada uma prevalência variável entre os 4 e os 42%, sendo a entidade psiquiátrica mais frequentemente encontrada no contexto oncológico (Shimizu, et al., 2011) (Derogatis, et al., 1983). No *continuum* do *distress*, é considerada como “uma ponte entre a resposta normal a um determinado agente agressor e a resposta patológica” (Cabral & Paredes, 2015, p. 198) que reúne critérios para

diagnóstico de perturbação psiquiátrica. Embora a manifestação sintomática seja de menor intensidade por comparação às perturbações de ansiedade ou depressivas, não deixam envolver um marcado sofrimento ou prejuízo funcional significativo aos níveis pessoal, social e ocupacional. Ressalve-se que, a limite, e dada a forma como os fatores *stressores* se prolongam de forma continuada ou episódica mas consecutiva, as perturbações de adaptação poderão cronificar e evoluir para outras perturbações do foro psiquiátrico, podendo então requerer uma intervenção em conformidade (Yi, Zebrack, Kim, & Cousino, 2015) (Li, Hales, & Rodin, 2010).

No âmbito da sobrevivência, foram reportadas experiências de *distress* emocional significativo em 15.1% dos sobreviventes, potenciadas por disfunções neuro-cognitivas subsequentes à irradiação craniana (Oancea, et al., 2014). Paralelamente, Brinkman, et al. (2013) encontraram prevalências na ordem dos 4.8 a 11.8% de perturbações de ansiedade, 8.9 a 10.2% de perturbações depressivas e 7.2 a 13% de somatização em determinados subgrupos. Refira-se que a incidência de perturbações do foro mental é mais significativa no início da adultícia (19-29 anos), tendo sido reportados prevalência de 15% de depressão major, 21% outras perturbações de humor e 30% perturbações de ansiedade (Kessler & Wang, 2008). Ainda nesta linha de pensamento Zebrack, Santacroce, Patterson, & Gubin (2016) salientam a vulnerabilidade deste grupo em particular ao *distress*, que associam “*lack the range of coping tools and life experiences*” (2016, p. 200), motivo pelo qual relevam a inevitabilidade de profissionais de saúde mental providenciarem uma rotina de *screening* do *distress* emocional (Zebrack, Kent, Keegan, Kato, & Smith, 2014).

1.4 Rastreio

Importa mencionar que evidência alerta que somente 5% das pessoas solicitam ajuda de forma espontânea e que a generalidade dos casos de *distress* não é diagnosticada pelos profissionais de saúde enquanto tal (Petty & Lester, 2014) (Bonito, Horowitz, McCorkle, & Chagpar, 2013) (Decat, Laros, & Araújo, 2009). Poderão ser várias as barreiras que poderão contribuir para o subdiagnóstico de *distress*, nomeadamente: a) verbalização somente de queixas somáticas; b) perceção mínima dos sintomas de ordem emocional; c) relutância em revelá-los ou pedir ajuda profissional; d) receio do estigma de ser-se considerado «doente mental»; e) tempo limitado de consulta; f) fraca aliança terapêutica; g) avaliação indevida pelo profissional de saúde (Mitchell, 2010).

Pelo que anteriormente se expôs, a exibição de um *distress* significativo determinou que fosse considerado o sexto sinal vital em oncologia (Bultz & Johansen, 2011) e percecionado

como um componente essencial nos cuidados assistenciais (Bultz & Berman, 2010) (Holland & Alici, 2010). Tal significa que a abordagem biopsicossocial requer o uso de instrumentos capazes de avaliar, eficazmente, potenciais condições de disrupção psíquica que possam comprometer o funcionamento individual. A avaliação sistemática do *distress* é preconizada em todos os clientes oncológicos e em qualquer fase da doença e objetiva a identificação e orientação precoce previamente à instalação de um quadro emocional de complexidade crescente (Holland & Alici, 2010) (Parry, Padgett, & Zebrack, 2012) (Vodermaier, Linden, & Siu, 2009). As *guidelines* da NCCN (2016) propõem assim que o rastreio deve ser uma prática corrente (Mitchell, 2012), motivo pelo que defendem a sua monitorização e a implementação de uma intervenção diferenciada (com a referenciação para recursos especializados, de que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria é parte integrante) sempre que se afigure necessário (Absolom, et al., 2011).

2 METODOLOGIA

2.1 Problemática

A proposta de efetuar um estudo empírico decorreu da evidência que a fase da sobrevivência é uma área relativamente negligenciada na trajetória de vida da pessoa a quem foi diagnosticada um cancro.

No contexto oncológico, quando a intervenção médica impõe uma reestruturação da vida, preconiza-se a prevenção das consequências daí resultantes (Justo, 2014). Se se considerar que a ponte entre as adversidades vividas é uma tarefa eminentemente psicoemocional que visa a preservação do equilíbrio da identidade do cliente, o cuidar do enfermeiro terá, necessariamente de ser mais envolvente e acompanhante. Todavia, o relato de sobreviventes de que as suas necessidades nem sempre são entendidas como seria expectável (Simard, et al., 2013) e a constatação prática que esta fase continua a ser experienciada com sofrimento determinaram a pretensão de efetivar este trabalho investigativo.

Nesta sequência, e por considerar-se que se trata de uma zona de nítida disponibilidade heurística, procurou proceder-se a um estudo exploratório descritivo, visando a explicitação de determinado fenómeno (Polit & Hungler, 1997). Pinto (1990) atesta que “estes procedimentos metodológicos são frequentemente usados nas fases iniciais de investigação de uma nova área do saber” tendo por “objetivo desenvolver ideias ou hipóteses sobre como os factos ou comportamentos se encontram relacionados entre si” (p. 46).

2.2 Delineamento do Estudo

O presente estudo empírico foi planificado enquanto parte integrante de uma abordagem epistemológica de investigação-ação que procurou ser encetada na terceira fase de estágio profissional. Como se encontra patente na literatura, pretende-se que o processo de investigação-ação conduza a um conhecimento prático, visto relacionar-se com problemáticas contextuais. Caracteristicamente, trata-se de um processo que envolve o diagnóstico de situação, pressupõe a colaboração entre investigadores e profissionais para posterior implementação e avaliação de mudanças na *praxis* (Streubert & Carpenter, 2002). Com efeito, a produção de conhecimento decorre na ação e para a ação, motivo pelo qual se considera que este tipo de investigação é dos que “melhor contribui para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 1).

A seleção da metodologia de investigação-ação emergiu da análise da realidade, de uma atitude de reflexão crítica sobre os desafios de saúde dos sobreviventes e da manifesta

intencionalidade de assumir um compromisso de mudança no modelo de exercício profissional, convertendo-o em práticas mais oportunas e adequadas às necessidades dos clientes. Globalmente, trata-se de intervir no contexto, reinvestindo na ação os saberes que dela emanaram (Padilha, Sousa, & Pereira, 2016).

O recurso à análise de tipo descritivo pretendeu caracterizar a população de sobreviventes oncológicos (jovens adultos e adultos) no que concerne à experiência emocional de *distress*, eficácia das suas estratégias regulatórias e aferir eventuais estados psicopatológicos. Procurou ainda proceder-se a uma análise inferencial das relações entre as variáveis em estudo objetivando uma melhor compreensão da intervenção do enfermeiro no processo de adaptação à realidade oncológica.

2.3 Questões de Investigação

A consecução do projeto de investigação visou, na sua essência:

- a) Aprofundar o conhecimento da temática das emoções na perspetiva da enfermagem (atendendo a que a investigação sobre a temática na área de conhecimento de enfermagem é escassa);
- b) Contribuir para a potenciação da regulação emocional em contexto oncológico, na presença de *distress*;
- c) Cooperar na geração de ganhos em saúde ao serem promovidos cuidados diferenciados conducentes a uma sobrevivência de qualidade.

Neste âmbito, a natureza investigativa subjacente a este projeto pretendeu dar resposta às questões:

- Qual a prevalência do *distress* psicológico emocional nos sobreviventes (jovens adultos e adultos)?
- Estarão os sobreviventes psicologicamente ajustados ao cancro?
- Qual a relevância da intervenção do enfermeiro especialista na promoção da adaptação à vivência de cancro?

2.4 Objetivos

Atendendo à pretensão de compreender a experiência emocional do sobrevivente oncológico, propuseram alcançar-se os seguintes objetivos específicos:

- i. Identificar as respostas emocionais à vivência de uma doença oncológica;
- ii. Avaliar competências de regulação emocional dos jovens adultos/adultos.

2.5 Considerações Éticas

Enquanto profissão autorregulada, a Enfermagem detém princípios éticos e deontológicos definidos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e no Código Deontológico do Enfermeiro (CD) e cujo cumprimento se exige a todo o momento. Cumulativamente, o envolvimento de clientes no processo investigativo na área da Enfermagem pressupõe uma rigorosa satisfação de imperativos éticos a fim de assegurar-se a sua legitimidade (Polit & Beck, 2011). A par dos referidos, foram ainda tidos em consideração no decurso da concretização do presente estudo empírico, os pressupostos da Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013), o parecer relativo à Bioética em Saúde Mental enunciado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2014) e a apreciação de Serrão (2015) quando salienta que

o cuidador em oncologia tem de se assumir como pessoa virtuosa e agir como um ser humano dotado da capacidade ética individual (...) [e] tem de respeitar as regras morais da eticidade social, enquadrando as suas ações e decisões numa perspetiva de reforço de coesão social (p. 398).

O princípio da beneficência impôs a aferição dos riscos da execução da investigação. Com efeito, e objetivando a sobreposição dos benefícios dos participantes face aos riscos potenciais, optou por sujeitar o projeto ao escrutínio de instâncias superiores. Assim, numa primeira instância, procedeu-se à efetuação do Requerimento para concessão de autorização para a realização do estudo científico, dirigido ao Presidente da Comissão de Ética de um centro oncológico de referência nacional (*vide* Apêndice X). O parecer concedido foi positivo. Refira-se ainda que foram solicitados os pareceres do Diretor de Serviço e da Médica responsável pela consulta onde veio a ser recrutada a amostra, tendo sido ambos favoráveis (*vide* Apêndice XI). A investigadora assumiu o compromisso de facultar ao serviço envolvido os resultados decorrentes do estudo empírico, após o seu término.

Numa postura de respeito pelo participante como elemento ativo crucial no trabalho investigativo, considerou-se o princípio da autonomia, tendo sido concedida a possibilidade de participação voluntária ou a sua recusa, depois de devidamente informado e esclarecido. Para a ressalva do direito à verdade e o dever de informação no respeito pelo direito à autodeterminação, procurou ter-se em atenção o preconizado pela Entidade Reguladora da Saúde quando sustenta que “a informação deve ser fornecida (...) com tempo suficiente para que este possa refletir sobre a sua decisão «prazo de reflexão», de modo a que a decisão seja tomada com a necessária serenidade” (Entidade Reguladora da Saúde, 2009, p. 26). Verificada a aceitação, foi solicitado o preenchimento e assinatura da declaração do Consentimento Livre e Esclarecido, cuja proposta se anexa Apêndice XII.

Ressalve-se que o acesso da investigadora aos sujeitos foi possível pelo facto da própria integrar a equipa de saúde. Dado este aspeto, foi tida em consideração a liberdade dos participantes do estudo, tendo havido o cuidado de separar os cuidados de saúde da participação dos próprios na investigação. O interesse da pessoa foi priorizado na medida em que a possibilidade de participação foi somente abordada no final da consulta médica.

O princípio da justiça supõe um cuidado de igualdade, a ausência de discriminação e alude ao direito da privacidade (Polit & Hungler, 1997). A satisfação desta premissa determinou abordagens similares a todos os participantes, tendo decorrido em gabinete neutro.

Atendendo a que as descrições pormenorizadas das propostas da recolha de dados facilitam a identificação do participante, procurou garantir-se o anonimato e a confidencialidade pela sua codificação (Streubert & Carpenter, 2002). Sendo o cliente a fonte de dados, a sua apresentação resumiu-se ao acrónimo *Cn*.

2.6 Amostra

Para alcançar um *corpus* de dados que maximizasse a oportunidade de desenvolver conceitos e explorar as suas dimensões, selecionou-se uma amostra não probabilística intencional. Procurou obter-se uma amostra por saturação, constituída por 50 participantes, sendo que o recrutamento verificou-se no decurso do estágio do terceiro semestre, entre os meses de julho e setembro. O recrutamento foi assegurado pela aluna investigadora e decorreu numa Consulta Externa de Endocrinologia de Reabilitação aquando da vinda dos sobreviventes à referida consulta de *follow-up*, após a consulta médica.

Tem-se consciência que um dos principais problemas inerentes a este tipo de amostra é a representatividade da população. Como critérios de inclusão da amostra selecionaram-se os seguintes:

- ter mais de 18 anos de idade;
- falar e escrever português;
- ter tido um cancro (independentemente do tipo clínico);
- ter terminado terapêutica oncológica local ou sistémica excetuando a hormonoterapia;
- ter disponibilidade para ingressar como participante no trabalho investigativo.

2.6.1 Caracterização da Amostra

A amostra global da presente investigação empírica foi constituída por 50 adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 71 anos (média: 35,04 anos). Nas Tabela 1 e Tabela 2 encontra-se explanada a caracterização sistémica da amostra total.

No que concerne ao género, trata-se de uma amostra minimamente equitativa, prevalecendo os clientes do sexo masculino com uma percentagem de 52%. A presença de adolescentes e idosos poderá ser considerada residual, sublinhando-se a presença maioritária de clientes jovens adultos (46%). Sobressai ainda que 60% dos clientes é solteiro e somente 38% optou por relações conjugais. A respeito das habilitações, destaca-se a elevada prevalência da frequência da escolaridade obrigatória (74%) e o mínimo ingresso em cursos superiores (26%). Para a variável área da residência, os resultados não se revelam expressivos.

Escrutinando sobre a área oncológica, poderá afirmar-se que, de uma forma global, a principal modalidade de tratamento foi a quimioterapia (98%), tendo havido um único cliente a não ser submetido a esta intervenção. A simples observação da tabela permite inferir que os clientes foram sujeitos a terapia combinada (várias formas de tratamento).

Na amostra em foco, em 50% dos clientes o diagnóstico de cancro ocorreu no período da infância ou adolescência, o que alerta para o seu impacto/repercussões nas fases subsequentes. É ainda evidente que o *follow-up* em consulta de reabilitação é mais intenso até aos 5 anos após o estabelecimento do diagnóstico oncológico (correspondendo a 40% dos clientes participantes). Sobressai ainda que 96% da amostra referiu não ter tido necessidade de usufruir de apoio emocional previamente ao diagnóstico e 54% assim permaneceram na fase posterior. Sublinhe-se o facto de 42% dos clientes ter solicitado apoio emocional após o diagnóstico (dado que 4% já se encontrava em acompanhamento).

Importa atender ao facto do enfermeiro ter sido considerado como provedor de cuidados emocionais por somente 2 clientes (4% da amostra), tendo os restantes participantes imediatamente identificado como elementos facilitadores apenas o psicólogo e/ou o psiquiatra.

Tabela 1. Caracterização sistémica da amostra total

Caracterização da Amostra	n (% relativo)
Amostra Total	50 (100%)
<i>Sexo</i>	
Feminino	24 (48%)
Masculino	26 (52%)
<i>Idade atual*</i>	
Adolescente (<i>entre os 12 e os 18</i>)	2 (4%)
Jovem adulto (<i>entre os 19 e os 30</i>)	23 (46%)
Adulto (<i>entre os 31 e os 45</i>)	11 (22%)
Adulto maduro (<i>entre os 46 e os 65</i>)	13 (26%)
Idoso (<i>maior que 66</i>)	1 (2%)
<i>Estado civil</i>	
Solteiro(a)	30 (60%)
Casado(a)	15 (30%)
União de Facto	4 (8%)
Divorciado(a)	1 (2%)
<i>Habilitações Literárias</i>	
Ensino Básico	14 (28%)
Ensino Secundário	11 (22%)
Curso Técnico Profissional	12 (24%)
Ensino Superior	13 (26%)
<i>Área de residência</i>	
Área da Grande Lisboa	22 (44%)
Outro local	28 (56%)

* (Moura, 2004)

Tabela 2. Caracterização da amostra com inclusão de variáveis oncológicas

Caracterização da Amostra	n (% relativo)
Cirurgia	29 (58%)
Quimioterapia	49 (98%)
Transplante de Medula Óssea	21 (42%)
Radioterapia	30 (60%)
Hormonoterapia	28 (56%)
<i>Idade aquando do diagnóstico oncológico*</i>	
Primeira infância	3 (6%)
Idade pré-escolar	6 (12%)
Idade escolar	6 (12%)
Adolescente	10 (20%)
Jovem adulto	11 (22%)
Adulto	10 (20%)
Adulto maduro	4 (8%)
<i>Tempo de seguimento na CEER [anos]</i>	
Menos de 5 anos	20 (40%)
Entre 5 e 10 anos	8 (16%)
Entre 10 e 15 anos	14 (28%)
Mais de 20 anos	8 (16%)
<i>Apoio emocional antes do diagnóstico</i>	
Sem apoio	48 (96%)
Apoio Psicológico	0 (0%)
Apoio Enfermagem e Psicológico	0 (0%)
Apoio Psiquiátrico	1 (2%)
Apoio Psicológico e Psiquiátrico	1 (2%)
<i>Apoio emocional depois do diagnóstico</i>	
Sem apoio	27 (54%)
Apoio Psicológico	13 (26%)
Apoio Enfermagem e Psicológico	2 (4%)
Apoio Psiquiátrico	4 (8%)
Apoio Psicológico e Psiquiátrico	4 (8%)

* (Moura, 2004)

2.7 Instrumentos de autoavaliação

“A mensuração dos fenómenos é fulcral para toda e qualquer área do conhecimento científico, conduz à objectividade que é uma das finalidades prioritárias das ciências, mormente aquelas que lidam com fenómenos não directamente observáveis pelos órgãos dos sentidos” (Jardim, 2002, p. 106).

Neste subcapítulo pretendem apresentar-se e explanar os instrumentos de avaliação aplicados à totalidade dos elementos da amostra. Os referidos instrumentos, que abaixo se discriminam, foram ser preenchidos *in loco*, na presença da aluna investigadora. Pretendeu-se com este procedimento poder auxiliar-se na clarificação de eventuais questões ou dúvidas suscitadas. Após o devido preenchimento, ficaram na posse da aluna investigadora e sujeitos a codificação, como garantia da confidencialidade e anonimato dos dados. Saliente-se que na seleção dos instrumentos procurou atender-se à sua adequação para as variáveis em estudo, à sua estrutura e à sua utilização a nível nacional. Previamente, os autores dos questionários foram contactados, a fim obter-se a autorização requerida para a sua aplicação (*vide* Apêndice IX).

2.7.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

Foi construído com o intuito de proceder-se à caracterização da amostra, pelo que integra um conjunto de questões de identificação e informação (anamnese biográfica). Veja-se o Apêndice XIII.

2.7.2 Termómetro do *Distress* (TD)

Desenvolvido pela NCCN como instrumento de rastreio e integrando um manual subordinado à temática *Distress Management*, a versão traduzida e validada para a população oncológica portuguesa foi construída por Pereira, Teixeira, & Figueiredo (2010). A ausência de *feedback* para a utilização do instrumento em tempo útil determinou o recurso à sua versão atualizada, sob o título de Termómetro Emocional.

Bizarro, Patrão e Deep (2012) procederam à validação do Termómetro Emocional no mesmo contexto e nele integraram a ilustração de sete termómetros específicos para a avaliação do sofrimento emocional ou *distress*, ansiedade, depressão, revolta, impacto, duração dos sintomas e o nível de ajuda sentido pelo indivíduo. Por questões de afunilamento temático, selecionaram-se os termómetros mais específicos (*vide* Anexo I).

Trata-se de um instrumento de autoinscrição tem por objetivo avaliar o nível de *distress* e as suas possíveis etiologias, a sua duração e a necessidade de ajuda profissional relativamente à última semana, incluindo o dia em que essa avaliação está a decorrer. É composto por dois tipos instrumentos: um de tipo *Likert* que conta com escalas de 11 pontos ou valores sendo que «0» corresponde ao valor mínimo e «10» ao valor máximo e, paralelamente, uma Lista de Problemas composta por 36 itens que possibilita a identificação das possíveis causas do *distress* percecionado. Estes itens poderão ser agrupados em 5

dimensões: *Problemas do Dia-a-dia*, *Problemas Familiares*, *Problemas Emocionais*, *Aspetos Religiosos* e *Problemas Físicos*.

Níveis iguais ou superiores a 4 são sugestivas de um nível de *distress* significativo e, portanto, de um sofrimento emocional moderado a grave (Carlson, Waller, & Mitchell, 2012) (Absolom, et al., 2011) (Holland & Alici, 2010) (Vodermaier, Linden, & Siu, 2009) (Decat, Laros, & Araújo, 2009) (Gessler, et al., 2008).

Num cômputo geral, o Termómetro Emocional apresenta um *alfa de Cronbach* de 0.91. As suas excelentes propriedades psicométricas foram já demonstradas em múltiplos estudos como em Mitchell (2010), pelo que o instrumento é considerado válido na área oncológica.

2.7.3 Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

Trata-se de um instrumento traduzido e validado para a população portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreira & Dias (2010), do original de Gratz & Roemer - *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Gratz & Roemer, 2004). *Vide Anexo II*.

A escala foi concebida com o objetivo de avaliar as dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas. Refira-se que os autores defendem a perspetiva que assume a natureza funcional das emoções. Com efeito, “a regulação emocional e o controlo emocional não são equivalentes e a consciência e compreensão das emoções são vistas como importantes estratégias regulatórias” (Coutinho, Ribeiro, Ferreira, & Dias, 2010, p. 146). Ao sublinharem a relevância da capacidade de aceitação e valorização das reações emocionais, referem que a tendência oposta pode conduzir ao surgimento de sintomas patológicos.

Propõe-se assim uma conceptualização multidimensional da regulação emocional que envolve: (a) consciência e compreensão das emoções; (b) aceitação das emoções; (c) capacidade de se envolver em comportamentos orientados para objetivos e evitar comportamentos impulsivos após experienciar emoções negativas e (d) utilizar estratégias de regulação emocional efetivas e adaptadas. A ausência relativa de algumas destas dimensões indicará a presença de dificuldades de regulação emocional, ou desregulação emocional.

Este instrumento de autorrelato é constituído por 36 itens, cuja resposta implica que os participantes avaliem a frequência de sentimentos, numa escala de 5 pontos (em que o 1 corresponde a «quase nunca», o 2 corresponde a «algumas vezes», o 3 corresponde a «cerca de metade do tempo», o 4 corresponde a «a maioria do tempo» e por fim o 5 corresponde a «quase sempre»). O resultado final da escala reflete a flexibilidade do indivíduo em utilizar estratégias de regulação emocional, eficazes e adaptadas à situação. Dele emergem seis

subescalas que refletem a natureza multifatorial da regulação emocional, isto é, dimensões representativas de seis dificuldades no processo de regulação emocional: (a) não experiencição da ativação emocional; (b) dificuldade de compreensão da resposta emocional; (c) não-aceitação da resposta emocional; (d) dificuldades no envolvimento em comportamentos para ação na ocorrência de emoções desadaptativas; (e) dificuldades na compreensão da resposta emocional; (f) dificuldades de controlo de impulsos durante a ativação de emoções desadaptativas.

Parafraseando os autores do instrumento original, *“higher scores in every case indicated greater difficulties in emotion regulation (i.e., greater emotion dysregulation)”* (Gratz & Roemer, 2004, p. 44).

De acordo com o estudo de validação da escala original, esta apresenta uma forte correlação entre as diferentes subescalas que a compõem, uma elevada consistência interna total (coeficiente *alpha de Cronbach* de 0.93) e um bom nível de consistência interna para todas as subescalas (*alpha de Cronbach* > a 0.80). O instrumento relevou ainda possuir uma adequada validade de constructo e uma boa validade preditiva de comportamentos associados com desregulação emocional (designadamente comportamentos de parassuicidários e de violência) (Gratz & Roemer, 2004).

Pelo exposto, poderá afirmar-se que a versão portuguesa EDRE apresenta muito boas qualidades psicométricas e uma estrutura fatorial muito semelhante à escala original.

2.7.4 Inventário de Saúde Mental (ISM)

Trata-se de um questionário de autorresposta que inclui 38 itens, selecionados de outros questionários previamente existentes. O original *Mental Health Inventory* de Veit & Ware (1983) foi entretanto traduzido e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro (Pais Ribeiro, 2001). Veja-se o Anexo III onde se encontra explanado o instrumento.

Os 38 itens distribuem-se por cinco subescalas: Ansiedade com 10 itens, Depressão com 5 itens, Perda de Controlo Emocional/Comportamental com 9 itens, Afeto Positivo com 11 itens e Laços Emocionais com 3 itens. Estas agrupam-se, por sua vez em duas grandes dimensões que avaliam, respetivamente, o *Distress* Psicológico e o Bem-Estar Psicológico: o *Distress* Psicológico resulta do agrupamento das subescalas de Ansiedade, Depressão, e Perda de Controlo Emocional/Comportamental, enquanto a de Bem-Estar Psicológico resulta do agrupamento das subescalas Afeto Geral Positivo e Laços Emocionais.

A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições. A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala supracitada. Parte

dos itens são cotados de modo invertido. Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental (Pais Ribeiro, 2011).

Refira-se ainda que a consistência interna (*alpha de Cronbach*) da escala total é de 0.92 e a das subescalas varia entre 0.69 e 0.87, sendo a da maioria superior a 0.80.

Alguns estudos demonstraram já a utilidade deste instrumento com diferentes populações, motivo pelo que foi recomendada a sua aplicação em estudos de comparação da saúde mental em população não psiquiátrica (Pais Ribeiro, 2011). De entre as técnicas específicas de rastreio psiquiátrico, a evidência demonstra que o ISM é “o melhor teste para detectar a probabilidade de existência de perturbação mental” (Pais Ribeiro, 2011, p. 4).

2.8 Procedimentos de Análise

A análise estatística englobou a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. Efetuou-se a codificação dos instrumentos de acordo com as normas dos autores e os dados foram introduzidos numa base em formato eletrónico por recurso ao *software* Microsoft Excel. Os dados de natureza quantitativa foram objeto de análise à luz do *software* R, versão 3.3.0 (R Core Team, 2015).

Procurou proceder-se ao tratamento de dados com rigor e com suporte real, veraz. A análise procurou ser isenta e cuidadosamente confrontada com a produção de autores da especialidade.

3 RESULTADOS

3.1 Termómetro do *Distress*

3.1.1 Estatística Descritiva

A Tabela 3 alude às respostas dadas pelos participantes aos 4 termómetros aplicados referentes ao *Distress* ou Sofrimento Emocional, duração, impacto e identificação da necessidade de ajuda. A atendendo aos pontos de corte do instrumento, ressalta o facto de 31 participantes (ou 62%) não apresentarem *distress*, sendo este enunciado por somente por 19 inquiridos (ou 38% da amostra). Destes, 8 participantes (ou 16%) registaram um nível de sofrimento emocional igual ou superior a 8.

Sobressai ainda que 20 participantes (40%) referiram uma duração da sintomatologia emocional entre 8 e 10 meses, 12 (ou 24%) referem impacto significativo (igual ou superior a 4) e 22 (ou 44%) salienta necessidade de ajuda.

Tabela 3. Respostas dadas aos diferentes termómetros

	TD_SE	TD_DUR	TD_IMP	TD_NDA
	n (% relativo)	n (% relativo)	n (% relativo)	n (% relativo)
Respostas do termómetro (r)				
0	14 (28%)	17 (34%)	23 (46%)	28 (56%)
1	5 (10%)	4 (8%)	8 (16%)	5 (10%)
2	6 (12%)	3 (6%)	5 (10%)	5 (10%)
3	6 (12%)	0 (0%)	2 (4%)	3 (6%)
4	4 (8%)	1 (2%)	3 (6%)	1 (2%)
5	3 (6%)	2 (4%)	3 (6%)	1 (2%)
6	3 (6%)	2 (4%)	1 (2%)	3 (6%)
7	1 (2%)	1 (2%)	2 (4%)	2 (4%)
8	5 (10%)	1 (2%)	2 (4%)	1 (2%)
9	2 (4%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)
10	1 (2%)	18 (36%)	1 (2%)	0 (0%)
Resultados				
Ausência de <i>Distress</i> ($r < 4$)	31 (62%)			
<i>Distress</i> significativo ($r \geq 4$)	19 (38%)			

A Tabela 4 faz menção à frequência das respostas afirmativas dos participantes face às questões das 5 dimensões colocadas.

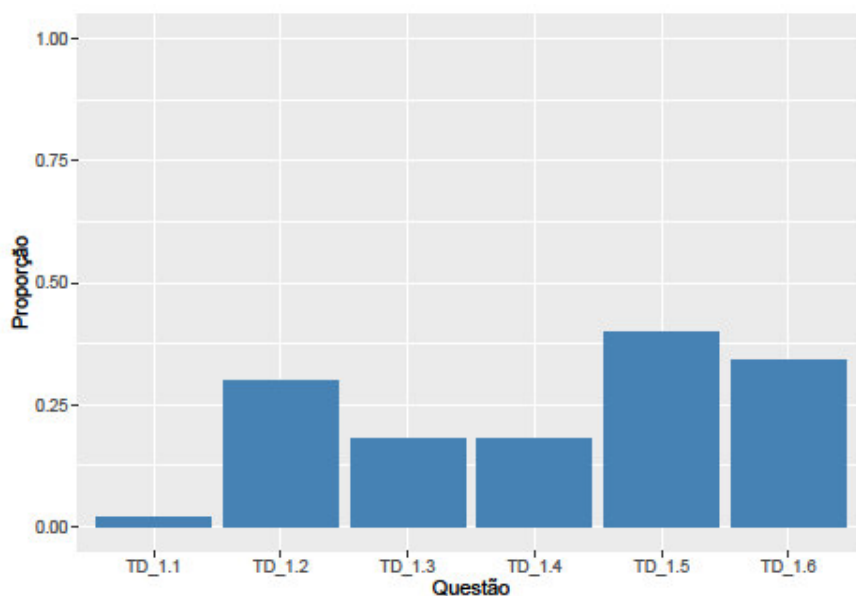
Tabela 4. Frequência das respostas da Amostra sobre as dimensões do Termómetro do *Distress*

<i>Questões</i>	<i>n</i>	<i>proporção</i>
TD_1.1	1	0,02
TD_1.2	15	0,30
TD_1.3	9	0,18
TD_1.4	9	0,18
TD_1.5	20	0,40
TD_1.6	17	0,34
TD_2.1	2	0,04
TD_2.2	4	0,08
TD_2.3	6	0,12
TD_3.1	10	0,20
TD_3.2	28	0,56
TD_3.3	27	0,54
TD_3.4	19	0,38
TD_3.5	33	0,66
TD_4.1	4	0,08
TD_4.2	4	0,08
TD_5.1	17	0,34
TD_5.2	4	0,08
TD_5.3	8	0,16
TD_5.4	4	0,08
TD_5.5	8	0,16
TD_5.6	5	0,10
TD_5.7	14	0,28
TD_5.8	29	0,58
TD_5.9	12	0,24
TD_5.10	2	0,04
TD_5.11	10	0,20
TD_5.12	7	0,14
TD_5.13	6	0,12
TD_5.14	3	0,06
TD_5.15	10	0,20
TD_5.16	23	0,46
TD_5.17	11	0,22
TD_5.18	19	0,38
TD_5.19	16	0,32
TD_5.20	11	0,22

3.1.2 Representações Gráficas

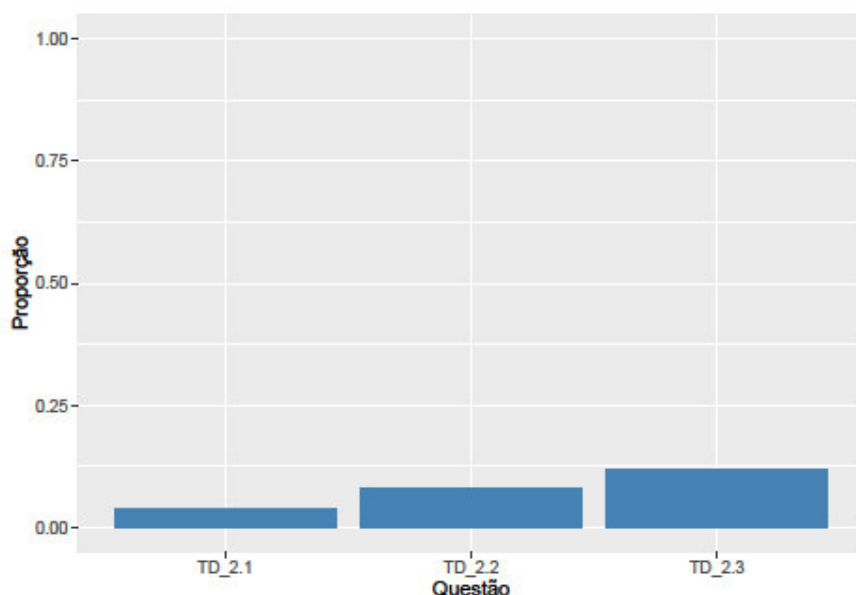
A Figura 2 reporta-se à expressão gráfica das respostas afirmativas face à dimensão 1 referente aos «*Problemas do Dia-a-Dia*». Encontra-se patente que os participantes referem como áreas mais problemáticas: o trabalho/escola (40%), a área económico-financeira (com 34%) e a execução das tarefas domésticas (30%).

Figura 2. Proporção da frequência das respostas face à dimensão 1 (Problemas do dia-a-dia)



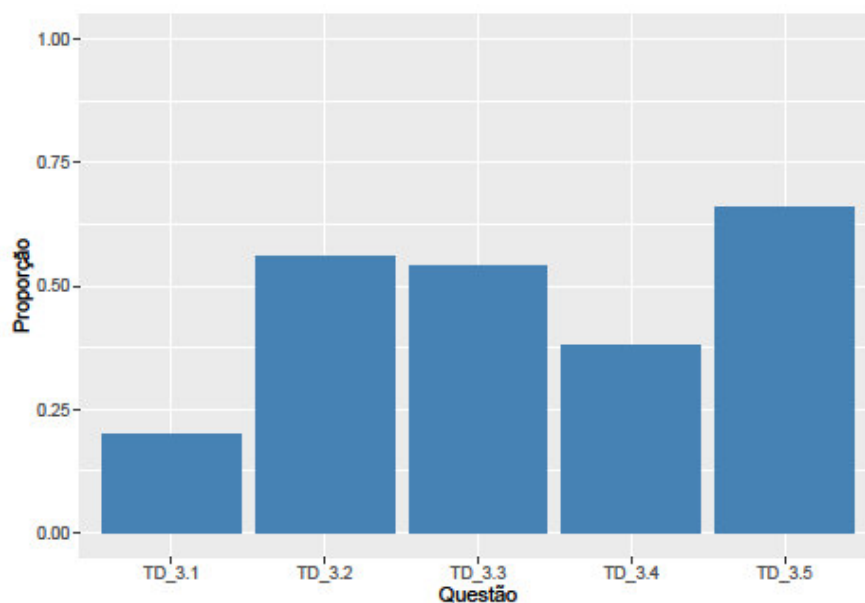
Na sequência do instrumento, a Figura 3 refere-se à dimensão 2, subordinada ao tema da «Espiritualidade e Religiosidade». Da totalidade dos participantes, apenas 6 salientaram como significativa a perda de sentido de vida, 4 referiram afetação da relação com Deus (8%) e 2 a perda fé (12%).

Figura 3. Proporção da frequência das respostas face à dimensão 2 (Aspetos Religiosos)



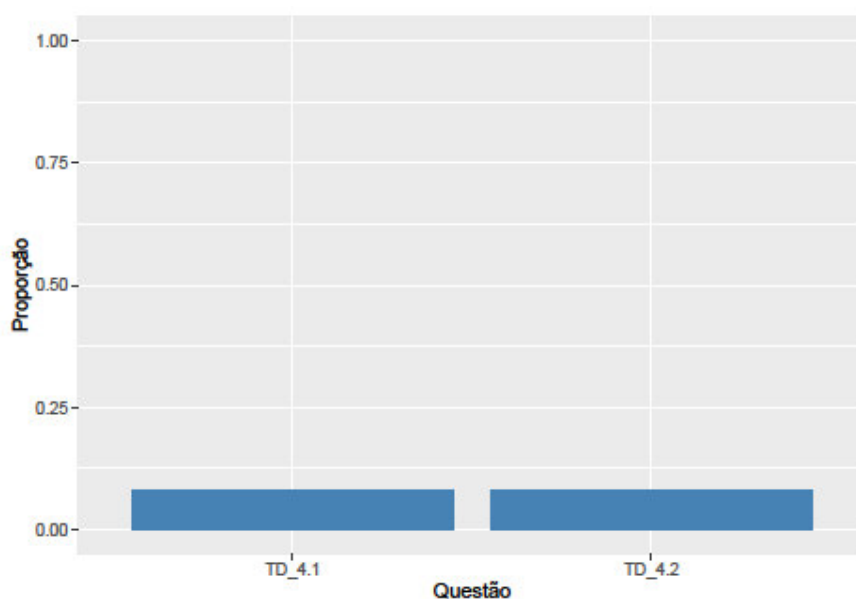
No que concerne à dimensão 3, referente ao foro emocional, sobressai na Figura 4 que 33 participantes (66%) mencionaram a presença de preocupação constante, 28 (56%) referiram medos/receios, 27 (54%) salientaram um grau de nervosismo/ansiedade e 19 (38%) indicaram sentir tristeza.

Figura 4. Proporção da frequência das respostas face à dimensão 3 (Problemas Emocionais)



A Figura 5 alude à representação das respostas relativas à presença de problemas de índole familiar. Os resultados foram pouco expressivos, no que diz respeito a dificuldades no relacionamento com os filhos (somente 4 participantes ou 8%) e maritais (igualmente 4 dos 19 participantes em união conjugal/facto).

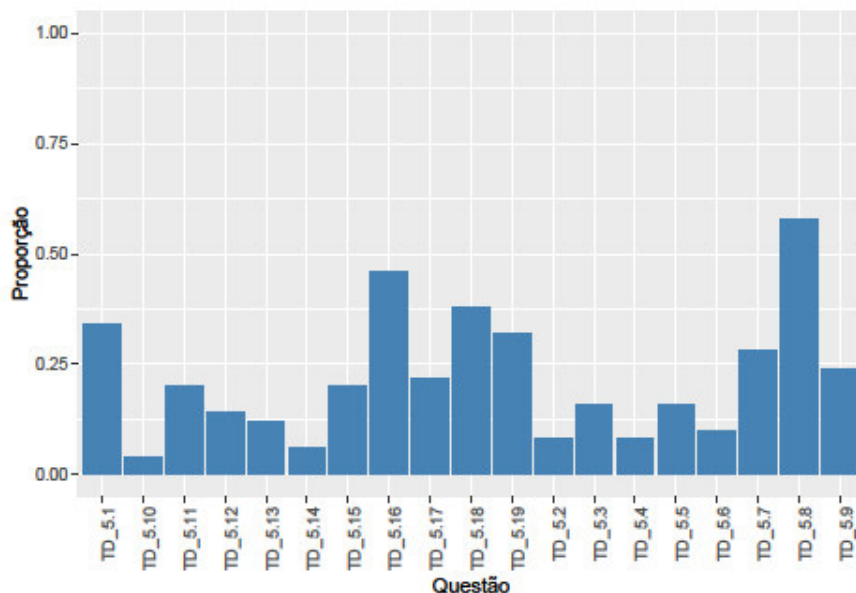
Figura 5. Proporção da frequência das respostas face à dimensão 4 (Problemas Familiares)



No que respeita às disfunções físicas, encontra-se explanado na Figura 6 que 29 participantes (ou 58%) consideram a presença de fadiga crónica, 23 (ou 46%) mencionam algum tipo de dor, 19 (ou 38%) salientam ter prurido associado a dermatopatias, 17 (ou 34%)

dúvidas de autoimagem e 16 (ou 32%) perturbações do sono.

Figura 6. Proporção da frequência das respostas face à dimensão 5 (Problemas Físicos)



3.2 EDRE

3.2.1 Estatística Descritiva

Previamente à análise fatorial, procedeu-se ao exame da distribuição das respostas para todos os itens da escala. Para os 36 itens, as cinco categorias de resposta foram preenchidas, pelo que nenhum item foi excluído da análise. O desvio padrão > 0 reflete a variabilidade das respostas.

Tabela 5. Médias e desvios-padrão da amostra sobre o EDRE

<i>Questões</i>	<i>média</i>	<i>dp</i>
EDRE_Q1	1.86	0.95
EDRE_Q2	1.88	1.12
EDRE_Q3	1.88	1.14
EDRE_Q4	1.62	1.19
EDRE_Q5	2.36	1.45
EDRE_Q6	2.02	1.04
EDRE_Q7	1.94	0.91
EDRE_Q8	2.04	1.23
EDRE_Q9	2.08	1.28
EDRE_Q10	2.20	1.14
EDRE_Q11	2.64	1.38
EDRE_Q12	2.06	1.28
EDRE_Q13	2.08	1.31
EDRE_Q14	1.72	1.11
EDRE_Q15	1.74	1.01
EDRE_Q16	1.92	1.18
EDRE_Q17	2.46	1.16
EDRE_Q18	2.50	1.28
EDRE_Q19	1.72	1.13
EDRE_Q20	2.06	1.06
EDRE_Q21	1.78	1.15
EDRE_Q22	2.36	1.22
EDRE_Q23	2.02	1.33
EDRE_Q24	2.28	1.25
EDRE_Q25	1.86	1.07
EDRE_Q26	2.52	1.23
EDRE_Q27	1.82	1.10
EDRE_Q28	1.90	1.09
EDRE_Q29	2.16	1.35
EDRE_Q30	2.02	1.24
EDRE_Q31	2.02	1.06
EDRE_Q32	1.48	0.81
EDRE_Q33	2.22	1.17
EDRE_Q34	2.84	1.30
EDRE_Q35	2.16	1.09
EDRE_Q36	2.18	1.37

Da observação da Tabela 5, constata-se que as respostas foram mais similares (ou homogéneas) para as questões Q32, Q7 e Q1 (dp próximo de 0).

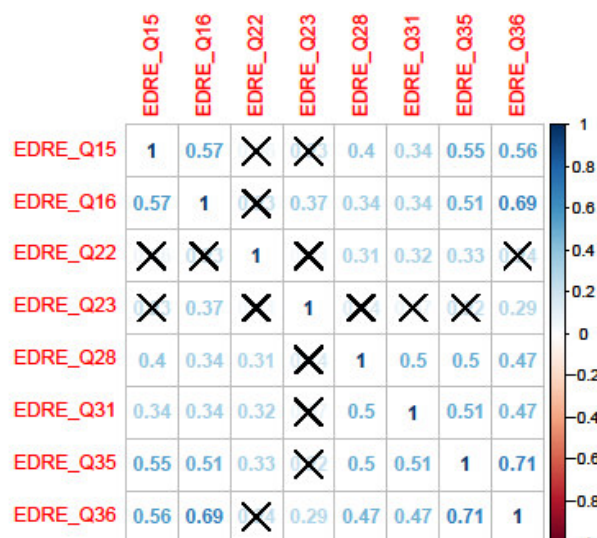
As Tabela 6, Tabela 7, Tabela 8, Tabela 9, Tabela 10 e Tabela 11 traduzem as correlações interitem em cada uma das subescalas do EDRE. Valores > a 0.3 revelam uma correlação significativa entre as questões, traduzindo a validade do item.

Na subescala ou dimensão «Estratégias», as questões Q15, Q16, Q35 e Q36 são interdependentes.

Tabela 6. Correlações interitem EDRE - Subescala Estratégias

	EDRE_Q15	EDRE_Q16	EDRE_Q22	EDRE_Q23	EDRE_Q28	EDRE_Q31	EDRE_Q35	EDRE_Q36
EDRE_Q15	1,00	0,57	0,06	0,23	0,40	0,34	0,55	0,56
EDRE_Q16	0,57	1,00	0,23	0,37	0,34	0,34	0,51	0,69
EDRE_Q22	0,06	0,23	1,00	0,04	0,31	0,32	0,33	0,24
EDRE_Q23	0,23	0,37	0,04	1,00	0,14	0,07	0,22	0,29
EDRE_Q28	0,40	0,34	0,31	0,14	1,00	0,50	0,50	0,47
EDRE_Q31	0,34	0,34	0,32	0,07	0,50	1,00	0,51	0,47
EDRE_Q35	0,55	0,51	0,33	0,22	0,50	0,51	1,00	0,71
EDRE_Q36	0,56	0,69	0,24	0,29	0,47	0,47	0,71	1,00

Figura 7. Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Estratégias

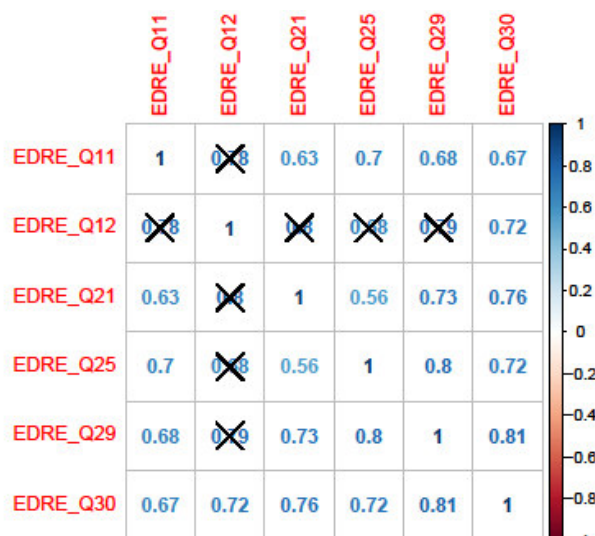


No que concerne à subescala ou dimensão «Não Aceitação» (Tabela 7 e Figura 8) sobressai que as questões Q11 e 25, Q12 e 30, Q21 e 30, Q25 e 29, Q29 e 30, Q30 e 29 revelam-se interdependentes.

Tabela 7. Correlações interitem EDRE - Subescala Não Aceitação

	EDRE_Q11	EDRE_Q12	EDRE_Q21	EDRE_Q25	EDRE_Q29	EDRE_Q30
EDRE_Q11	1,00	0,78	0,63	0,70	0,68	0,67
EDRE_Q12	0,78	1,00	0,80	0,68	0,79	0,72
EDRE_Q21	0,63	0,80	1,00	0,56	0,73	0,76
EDRE_Q25	0,70	0,68	0,56	1,00	0,80	0,72
EDRE_Q29	0,68	0,79	0,73	0,80	1,00	0,81
EDRE_Q30	0,67	0,72	0,76	0,72	0,81	1,00

Figura 8. Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Não Aceitação



Na mesma linha de pensamento, na subescala ou dimensão «Consciência» apresentam correlação significativa as questões Q2 e 6, Q6 e 8 e, inversamente, Q8 e 6, motivo pelo que podem ser consideradas similares. *Vide* Tabela 8 e Figura 9.

Tabela 8. Correlações interitem EDRE - Subescala Consciência

	EDRE_Q2	EDRE_Q6	EDRE_Q8	EDRE_Q10	EDRE_Q17	EDRE_Q34
EDRE_Q2	1,00	0,70	0,53	0,52	0,50	0,22
EDRE_Q6	0,70	1,00	0,72	0,45	0,57	0,24
EDRE_Q8	0,53	0,72	1,00	0,38	0,65	0,32
EDRE_Q10	0,52	0,45	0,38	1,00	0,32	0,22
EDRE_Q17	0,50	0,57	0,65	0,32	1,00	0,39
EDRE_Q34	0,22	0,24	0,32	0,22	0,39	1,00

Figura 9. Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Consciência



As Tabela 9 e Figura 10 dizem respeito à subescala ou dimensão «Impulsos». A sua observação evidencia que as questões Q3 e 27, Q14 e 27, Q19 e 27, inversamente Q27 e 14/19, Q32 e Q27 estão intimamente relacionadas.

Tabela 9. Correlações interitem EDRE - Subescala Impulsos

	EDRE_Q3	EDRE_Q14	EDRE_Q19	EDRE_Q24	EDRE_Q27	EDRE_Q32
EDRE_Q3	1,00	0,67	0,54	0,22	0,69	0,31
EDRE_Q14	0,67	1,00	0,62	0,31	0,77	0,54
EDRE_Q19	0,54	0,62	1,00	0,20	0,77	0,72
EDRE_Q24	0,22	0,31	0,20	1,00	0,21	0,20
EDRE_Q27	0,69	0,77	0,77	0,21	1,00	0,74
EDRE_Q32	0,31	0,54	0,72	0,20	0,74	1,00

Figura 10. Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Impulsos

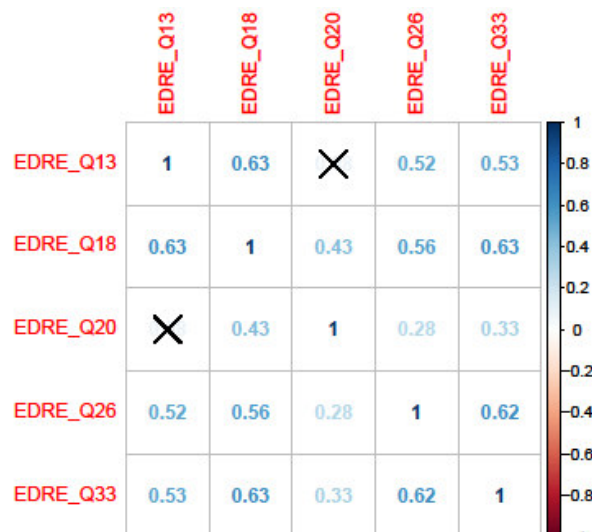


Pela observação da Tabela 10 e Figura 11 referentes à dimensão «Objetivos», poder-se-á afirmar que as questões Q13 e 18, inversamente Q18 e 13, Q26 e 33 e Q33 e 18 apresentam correlação significativa.

Tabela 10. Correlações interitem EDRE - Subescala Objetivos

	EDRE_Q13	EDRE_Q18	EDRE_Q20	EDRE_Q26	EDRE_Q33
EDRE_Q13	1,00	0,63	0,08	0,52	0,53
EDRE_Q18	0,63	1,00	0,43	0,56	0,63
EDRE_Q20	0,08	0,43	1,00	0,28	0,33
EDRE_Q26	0,52	0,56	0,28	1,00	0,62
EDRE_Q33	0,53	0,63	0,33	0,62	1,00

Figura 11. Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Objetivos

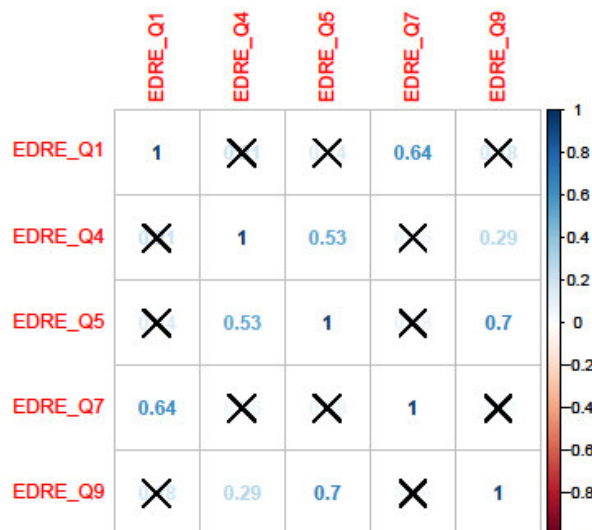


Finalmente, no que concerne à subescala ou dimensão «Clareza», patente na Tabela 11 e Figura 12, as questões Q1 e 7, inversamente Q7 e 1, Q5 e 9, inversamente Q9 e 5, são similares por apresentarem correlação significativa.

Tabela 11. Correlações interitem EDRE - Subescala Clareza

	EDRE_Q1	EDRE_Q4	EDRE_Q5	EDRE_Q7	EDRE_Q9
EDRE_Q1	1,00	0,21	0,14	0,64	0,18
EDRE_Q4	0,21	1,00	0,53	0,06	0,29
EDRE_Q5	0,14	0,53	1,00	0,08	0,70
EDRE_Q7	0,64	0,06	0,08	1,00	0,04
EDRE_Q9	0,18	0,29	0,70	0,04	1,00

Figura 12. Seleção de valores de correlação interitem EDRE - Subescala Clareza



3.2.2 Consistência Interna

A Tabela 12 sintetiza os resultados das correlações por subescala e os respetivos valores de *Alpha* de Cronbach. Entre parêntesis apresenta-se o valor de *Alpha* de Cronbach da escala traduzida para português (Coutinho, Ribeiro, Ferreira, & Dias, 2010). Constatou-se que os valores são satisfatórios e elevados e comparáveis à escala dos autores mencionados.

Tabela 12. Coeficientes de Alpha de Cronbach para o EDRE

	alpha	correlação	média	dp
Estratégias	0,80 (0,88)	0,33	2,04	0,75
Não aceitação	0,93 (0,86)	0,68	2,09	1,07
Consciência	0,81 (0,74)	0,42	2,24	0,83
Impulsos	0,85 (0,80)	0,49	1,82	0,81
Objetivos	0,78 (0,85)	0,42	2,28	0,89
Clareza	0,57 (0,75)	0,21	1,97	0,73
Total	0,92	0,24	2,07	0,60

3.2.3 Análise de Componentes Principais

A ACP corresponde a uma técnica de análise exploratória de dados multivariados que transforma um conjunto de variáveis correlacionadas num conjunto menor de variáveis independentes, simplificando por isso os dados através da redução do número de variáveis necessárias para descrevê-los, designadas por componentes principais (Maroco, 2003) (Pestana & Gageiro, 2014). Estas poderão ser utilizadas como indicadores na medida que resumem a informação disponível nas variáveis originais.

A validação do modelo pressupõe o cálculo da matriz de correlação para a verificação do grau de associação entre as variáveis (duas a duas ou análise bivariada). É suposto verificar-se que as variáveis tenham um grau de correlação que varie entre 0,3 e 0,7. O objetivo *major* consiste em ter alguns componentes que representem uma grande parte da variabilidade dos dados (Maroco, 2003).

3.2.3.1 Adequabilidade

▪ MATRIZ DE CORRELAÇÕES

Neste procedimento, as variáveis observadas são agrupadas com base nas correlações existentes entre elas. Assim, a execução de uma ACP requer que as variáveis se apresentem correlacionadas entre si. A matriz de correlações que contém as correlações bivariadas existentes entre cada par de variáveis observadas é apresentada nas tabelas do Apêndice VII_A.

▪ TESTE DE ESFERICIDADE DE BARTLETT

O teste da esfericidade de Bartlett permite testar a hipótese da matriz das correlações ser a matriz identidade. Para valores menores que 0,05 é recomendável o uso das ACP, conforme se encontra na literatura. Veja-se a Tabela 13.

Dado ter-se obtido um $p < 0.001$ poderá afirmar-se que a matriz de correlações é significativa e, por conseguinte, adequada.

Tabela 13. Teste de Esfericidade de Bartlett

	χ^2	p	gl
EDRE	1634,679	2,650058e-90	630

▪ MEDIDA DE ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA DE KAISER-MEYER-OLKIN (KMO)

O índice de KMO, comumente conhecido por índice de adequação da amostra, corresponde a um teste estatístico que sugere que a proporção de variância dos itens poderá ser explicada por outras variáveis (Lorenzo-Seva, Timmerman, & Kiers, 2011). Tal significa o quão adequada é a aplicação da análise fatorial para o conjunto de dados (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005). O seu valor poderá variar de zero a um. Valores iguais ou próximos a zero indicam que a soma das correlações parciais dos itens avaliados é bastante alta em relação à soma das correlações totais. Nessas circunstâncias a análise fatorial será possivelmente inapropriada. Como regra para interpretação dos índices de KMO valores < a 0,5 são considerados inaceitáveis, valores entre 0,5 e 0,7 são considerados medíocres; valores entre 0,7 e 0,8 são considerados adequados ou bons; valores > a 0,8 e 0,9 são considerados ótimos e excelentes, respetivamente (Hutcheson & Sofroniou, 1999).

O resultado obtido (KMO = 0,62) é considerado medíocre, embora corresponda a uma adequabilidade razoável.

3.2.3.2 Retenção de componentes

Para determinar-se o número de componentes principais a reter poderá utilizar-se o critério de Kaiser-Guttman (conhecido por *eigenvalue > 1*) ou o *scree plot*.

O primeiro deverá ser utilizado sempre que o número de variáveis seja inferior ou igual a 30 e selecionam-se as componentes cujo valor próprio seja superior a 1. Este critério propõe uma avaliação rápida e objetiva do número de fatores ou componentes a ser retido (Patil, Singh, Mishra, & Donavan, 2008)

O *scree plot* corresponde a um método gráfico onde os pontos de maior declive são

indicativos do número total de componentes. Deverá ser utilizado quando o número de variáveis for superior a 30. O problema da extração das componentes principais reside na decisão do número de componentes que são capazes de explicar uma percentagem apreciável dos dados originais (Lorenzo-Seva, Timmerman, & Kiers, 2011)

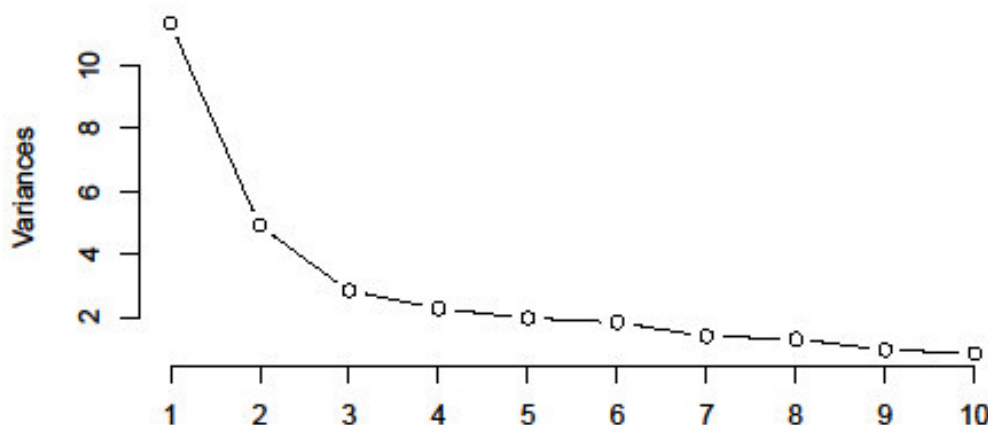
A Tabela 14 apresenta os valores próprios das componentes e a percentagem de variância explicada pelas primeiras dez componentes principais. Em conjunto, as cinco primeiras componentes principais explicam cerca de 65% da variabilidade total e ainda que as primeiras dez componentes principais explicam 82,5% do instrumento. As duas primeiras componentes são as que mais contribuem para a explicação total.

Tabela 14. Valores próprios e % de variância explicada pelas 10 primeiras componentes principais

	Valores próprios	% Variância explicada	% Variância acumulada
CP 1	11,40 (11,072)	31,60 (30,755)	31,6
CP 2	4,90 (3,497)	13,70 (9,713)	45,3
CP 3	2,80 (2,194)	7,90 (6,095)	53,2
CP 4	2,30 (1,581)	6,30 (4,391)	59,5
CP 5	2,00 (1,418)	5,50 (3,938)	64,9
CP 6	1,80 (1,205)	5,10 (3,347)	70,0
CP 7	1,40	3,90	73,9
CP 8	1,30	3,60	77,5
CP 9	1,00	2,60	80,1
CP 10	0,8	2,40	82,5

A análise do *scree plot* (Figura 13) permite distinguir a contribuição das diversas componentes.

Figura 13. Gráfico Scree plot EDRE



O *scree plot* dos dados em análise (EDRE) mostra que fundamentalmente a linha desenhada já não muda grandemente de inclinação após a 7^a/8^a componente. A seleção de todas as componentes até ao ponto de inflexão da curva revela que obtém-se mais informação com 7 componentes que com as 10 dado que são mais significativas (explicam melhor o instrumento em análise).

À semelhança do que sucedeu aquando da averiguação da validade do instrumento para a população portuguesa, a análise fatorial deste estudo resultou portanto em 7 fatores com *eigenvalues* (ou valores próprios) superiores a 1. Todavia, dado que os autores da escala original concluíram que uma estrutura fatorial com 6 fatores ou componentes seria a ideal para esse instrumento, a análise foi feita com a extração de 6 fatores, pelo que se seguiu o mesmo raciocínio. Na Tabela 14 constam entre parêntesis os valores obtidos para a versão portuguesa do instrumento (EDRE).

3.3 ISM

3.3.1 Estatística Descritiva

Da análise preliminar da distribuição das respostas para todos os itens da escala constantes na Tabela 15 sobressai que as questões Q28, Q9, Q14, Q7, Q30, Q1 e Q5 refletem maior homogeneidade das respostas (dado que o *dp* é próximo de 0).

Tabela 15. Médias e Desvios-padrão da amostra sobre o ISM

<i>Questões</i>	<i>média</i>	<i>dp</i>
ISM_Q1	4.28	0,95
ISM_Q2	4.76	1,12
ISM_Q3	4.08	1,12
ISM_Q4	4.26	1,07
ISM_Q5	4.30	0,97
ISM_Q6	3.90	1,13
ISM_Q7	4.46	0,89
ISM_Q8	5.14	1,20
ISM_Q9	4.34	0,66
ISM_Q10	4.58	1,18
ISM_Q11	4.32	1,19
ISM_Q12	4.30	1,04
ISM_Q13	4.32	1,10
ISM_Q14	4.76	0,87
ISM_Q15	4.80	1,46
ISM_Q16	5.06	1,20
ISM_Q17	4.30	1,23
ISM_Q18	4.50	1,15
ISM_Q19	4.60	1,09
ISM_Q20	4.76	1,33
ISM_Q21	5.34	1,14
ISM_Q22	4.06	1,30
ISM_Q23	4.38	1,60
ISM_Q24	4.36	1,38
ISM_Q25	4.28	1,41
ISM_Q26	3.78	1,37
ISM_Q27	4.68	1,24
ISM_Q28	4.92	0,34
ISM_Q29	4.46	1,33
ISM_Q30	4.74	0,90
ISM_Q31	4.52	1,03
ISM_Q32	4.68	1,10
ISM_Q33	4.26	1,32
ISM_Q34	4.56	1,15
ISM_Q35	4.36	1,26
ISM_Q36	4.54	1,05
ISM_Q37	4.02	1,30
ISM_Q38	4.42	1,43

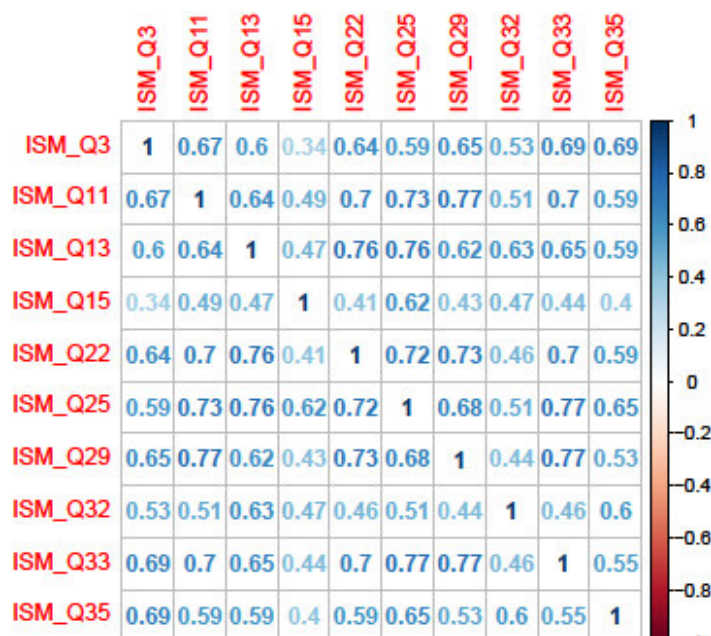
A inspeção da validade dos itens foi obtida pela aferição da correlação de cada item com a subescala (ou sub-dimensão) a que pertence. As referidas correlações encontram-se espelhadas nas Tabela 16, Tabela 17, Tabela 18, Tabela 19 e Tabela 20. Valores > a 0.3 revelam uma correlação significativa entre as questões, à semelhança do sucedido no instrumento anterior.

Na sub-dimensão «Ansiedade», as questões Q3 e 35, Q11 e 29, Q13 e 22/25, Q22 e 13, Q25 e 33, Q29 e 11, Q33 e 25/29 apresentam correlação significativa. Veja-se a Tabela 16 e a Figura 14.

Tabela 16. Correlações interitem ISM sub-dimensão Ansiedade

	ISM_Q3	ISM_Q11	ISM_Q13	ISM_Q15	ISM_Q22	ISM_Q25	ISM_Q29	ISM_Q32	ISM_Q33	ISM_Q35
ISM_Q3	1,00	0,69	0,59	0,32	0,67	0,59	0,67	0,50	0,69	0,62
ISM_Q11	0,69	1,00	0,66	0,44	0,69	0,72	0,75	0,60	0,70	0,54
ISM_Q13	0,59	0,66	1,00	0,46	0,69	0,70	0,58	0,70	0,59	0,57
ISM_Q15	0,32	0,44	0,46	1,00	0,33	0,60	0,44	0,39	0,38	0,32
ISM_Q22	0,67	0,69	0,69	0,33	1,00	0,66	0,69	0,44	0,64	0,51
ISM_Q25	0,59	0,72	0,70	0,60	0,66	1,00	0,65	0,55	0,72	0,62
ISM_Q29	0,67	0,75	0,58	0,44	0,69	0,65	1,00	0,50	0,69	0,47
ISM_Q32	0,50	0,60	0,70	0,39	0,44	0,55	0,50	1,00	0,50	0,57
ISM_Q33	0,69	0,70	0,59	0,38	0,64	0,72	0,69	0,50	1,00	0,53
ISM_Q35	0,62	0,54	0,57	0,32	0,51	0,62	0,47	0,57	0,53	1,00

Figura 14. Seleção de valores de correlação interitem ISM sub-dimensão Ansiedade

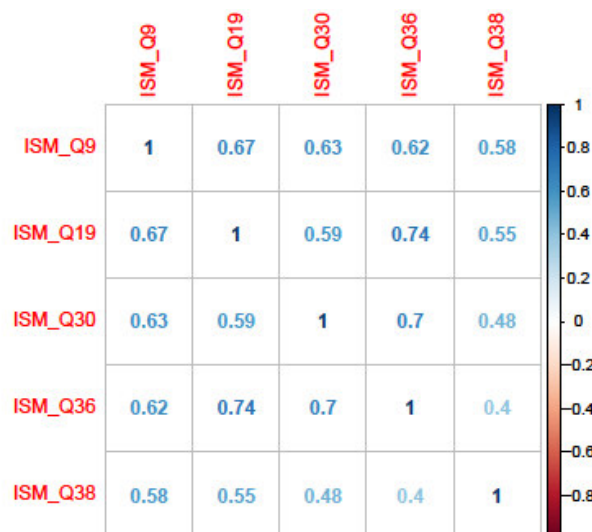


No que respeita à subescala ou sub-dimensão «Depressão», patente na Tabela 17 e na Figura 15, a correlação entre as questões Q9 e 19, Q19 e 36, Q30 e 36, Q36 e 19 é significativa.

Tabela 17. Correlações interitem ISM sub-dimensão Depressão

	ISM_Q9	ISM_Q19	ISM_Q30	ISM_Q36	ISM_Q38
ISM_Q9	1,00	0,67	0,63	0,62	0,58
ISM_Q19	0,67	1,00	0,59	0,74	0,55
ISM_Q30	0,63	0,59	1,00	0,70	0,48
ISM_Q36	0,62	0,74	0,70	1,00	0,40
ISM_Q38	0,58	0,55	0,48	0,40	1,00

Figura 15. Seleção de valores de correlação interitem ISM sub-dimensão Depressão

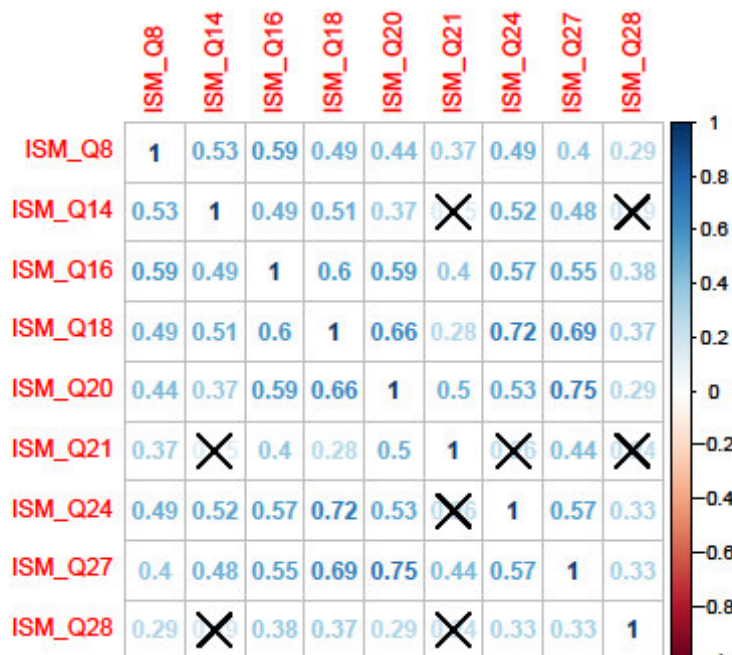


A Tabela 18 e a Figura 16 são referentes à aferição da correlação dos itens face à subescala ou sub-dimensão «Perda». Nelas, constata-se que as questões Q18 e 24, Q20 e 27 e as respetivas questões inversas Q24 e 18, Q27 e 20, apresentam correlação significativa, pelo que se consideram interdependentes.

Tabela 18. Correlações interitem ISM sub-dimensão Perda

	ISM_Q8	ISM_Q14	ISM_Q16	ISM_Q18	ISM_Q20	ISM_Q21	ISM_Q24	ISM_Q27	ISM_Q28
ISM_Q8	1,00	0,53	0,59	0,49	0,44	0,37	0,49	0,40	0,29
ISM_Q14	0,53	1,00	0,49	0,51	0,37	0,15	0,52	0,48	0,19
ISM_Q16	0,59	0,49	1,00	0,60	0,59	0,40	0,57	0,55	0,38
ISM_Q18	0,49	0,51	0,60	1,00	0,66	0,28	0,72	0,69	0,37
ISM_Q20	0,44	0,37	0,59	0,66	1,00	0,50	0,53	0,75	0,29
ISM_Q21	0,37	0,15	0,40	0,28	0,50	1,00	0,26	0,44	0,24
ISM_Q24	0,49	0,52	0,57	0,72	0,53	0,26	1,00	0,57	0,33
ISM_Q27	0,40	0,48	0,55	0,69	0,75	0,44	0,57	1,00	0,33
ISM_Q28	0,29	0,19	0,38	0,37	0,29	0,24	0,33	0,33	1,00

Figura 16. Seleção de valores de correlação interitem ISM sub-dimensão Perda

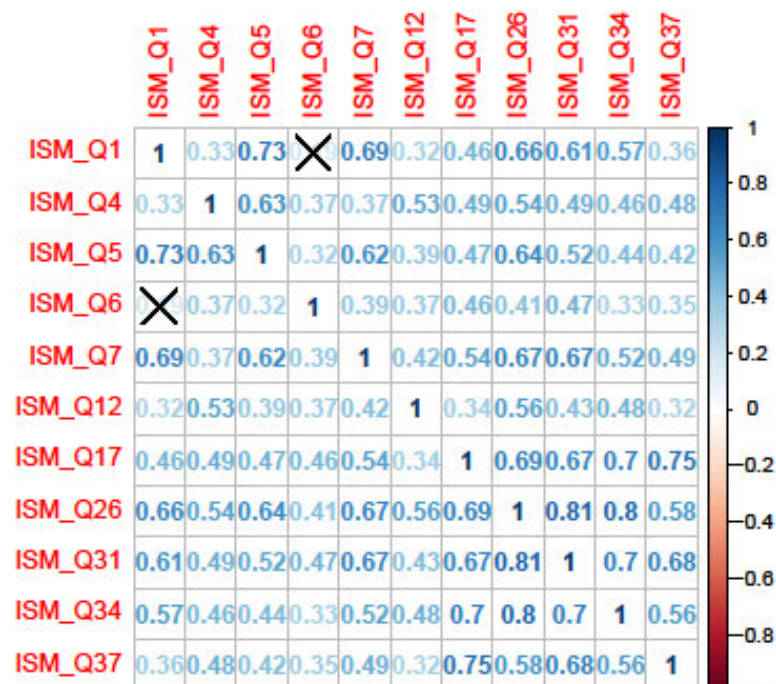


No que concerne à subescala ou subdimensão «Afetos» (Tabela 19 e Figura 17), sobressai que as questões Q1 e 5, inversamente Q5 e 1, Q7 e 26/31, Q17 e 37, Q26 e 31, inversamente Q31 e 26, Q34 e 26, Q37 e 17, estão correlacionadas de modo muito significativo.

Tabela 19. Correlações interitem ISM sub-dimensão Afetos

	ISM_Q1	ISM_Q4	ISM_Q5	ISM_Q6	ISM_Q7	ISM_Q12	ISM_Q17	ISM_Q26	ISM_Q31	ISM_Q34	ISM_Q37
ISM_Q1	1,00	0,33	0,75	0,20	0,65	0,31	0,45	0,66	0,60	0,53	0,38
ISM_Q4	0,33	1,00	0,59	0,36	0,37	0,50	0,51	0,54	0,49	0,45	0,47
ISM_Q5	0,75	0,59	1,00	0,34	0,62	0,31	0,48	0,64	0,53	0,43	0,46
ISM_Q6	0,20	0,36	0,34	1,00	0,35	0,41	0,49	0,42	0,43	0,34	0,36
ISM_Q7	0,65	0,37	0,62	0,35	1,00	0,38	0,54	0,67	0,65	0,53	0,49
ISM_Q12	0,31	0,50	0,31	0,41	0,38	1,00	0,34	0,56	0,42	0,47	0,33
ISM_Q17	0,45	0,51	0,48	0,49	0,54	0,34	1,00	0,67	0,64	0,67	0,76
ISM_Q26	0,66	0,54	0,64	0,42	0,67	0,56	0,67	1,00	0,80	0,78	0,57
ISM_Q31	0,60	0,49	0,53	0,43	0,65	0,42	0,64	0,80	1,00	0,71	0,64
ISM_Q34	0,53	0,45	0,43	0,34	0,53	0,47	0,67	0,78	0,71	1,00	0,54
ISM_Q37	0,38	0,47	0,46	0,36	0,49	0,33	0,76	0,57	0,64	0,54	1,00

Figura 17. Seleção de valores de correlação interitem ISM sub-dimensão Afetos

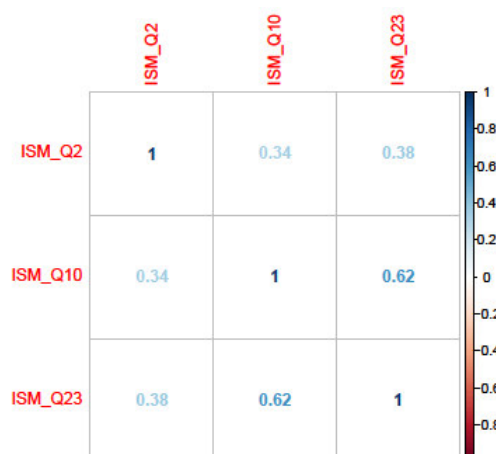


Para a subescala ou sub-dimensão «Laços», apenas as questões Q10 e 23 (e inversamente as Q23 e 10) apresentam correlação muito significativa, como constante na Tabela 20 e Figura 18.

Tabela 20. Correlações interitem ISM sub-dimensão Laços

	ISM_Q2	ISM_Q10	ISM_Q23
ISM_Q2	1	0,34	0,38
ISM_Q10	0,34	1	0,62
ISM_Q23	0,38	0,62	1,00

Figura 18. Seleção de valores de correlação interitem ISM sub-dimensão Laços



3.3.2 Consistência Interna

A Tabela 21 sumaria os resultados das correlações por subescala ou sub-dimensão e os respetivos valores de *Alpha de Cronbach*. Ressalve-se que as subescalas poderão agrupar-se em duas dimensões caracteristicamente opostas: o *distress* psicológico (valência ou caráter negativo) e o bem-estar psicológico (valência ou caráter positivo). A dimensão bem-estar psicológico agrega 14 dos 38 itens, o que significa cerca de um terço dos itens do instrumento. Os resultados de estas duas dimensões, incluindo os valores de consistência interna de cada uma e o total, constam, igualmente na mesma tabela. Entre parêntesis apresenta-se o valor de *Alpha de Cronbach* da escala traduzida para português (Pais Ribeiro, 2011). Da observação da tabela, sobressai que esta mostra a fidelidade avaliada através da consistência interna de cada uma das dimensões. Os valores são elevados e comparáveis à escala original.

Tabela 21. Coeficientes de Alpha de Cronback para o ISM

	alpha	correlação	média	dp
Ansiedade	0,93 (0,91)	0,58	4,36	0,99
Depressão	0,88 (0,85)	0,59	4,53	0,84
Perda	0,89 (0,87)	0,46	4,84	0,82
Afeto	0,92 (0,91)	0,51	4,24	0,82
Laços	0,63 (0,72)	0,36	4,57	1,00
Distress psic,	0,96 (0,95)	0,52	4,57	0,85
Bem-estar psic,	0,92 (0,91)	0,44	4,31	0,80
Total	0,97 (0,96)	0,44	4,48	0,78

3.3.3 Análise de Componentes Principais

Tal como anteriormente se mencionou, a análise em componentes principais (ACP) permite analisar relações de interdependência entre um determinado conjunto de variáveis. Tem como objetivo principal agrupar as variáveis observadas num conjunto de novas variáveis - componentes/dimensões - de forma a reduzir a dimensionalidade da matriz de dados. A ACP analisa a variância total do conjunto de variáveis observadas e o seu propósito é explicar a maior percentagem de variância total através dum número mínimo de componentes independentes umas das outras (Streubert & Carpenter, 2002).

3.3.3.1 Adequabilidade

▪ MATRIZ DE CORRELAÇÕES

Neste procedimento, as variáveis observadas são agrupadas com base nas correlações

existentes entre elas. Assim, a execução de uma ACP requer que as variáveis se apresentem correlacionadas entre si. A matriz de correlações que contém as correlações bivariadas existentes entre cada par de variáveis observadas é apresentada nas tabelas contidas no Apêndice VII_A.

▪ **TESTE DE ESFERICIDADE DE BARTLETT**

Na Tabela 22 consta o resultado do teste efetuado. A obtenção de $p < 0.001$ permite afirmar que a matriz de correlações é significativa e, por conseguinte, adequada.

Tabela 22. Teste de Esfericidade de Bartlett

	χ^2	p	gl
EDRE	1815,684	2,283973e-99	703

▪ **MEDIDA DE ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA DE KAISER-MEYER-OLKIN (KMO)**

Encontra-se descrito em Hutcheson & Sofroniou (1999) que índices de KMO entre 0,7 e 0,8 são considerados adequados ou bons. Tendo sido obtido um resultado de $KMO = 0,74$ poderá considerar-se que a adequabilidade é boa.

3.3.3.2 Retenção de componentes

A Tabela 23 apresenta os valores próprios das componentes e a percentagem de variância explicada pelas primeiras dez componentes principais. Em conjunto, as cinco primeiras componentes principais explicam cerca de 69% da variabilidade total. As duas primeiras componentes são (como não podia deixar de ser) as que mais contribuem para a explicação total.

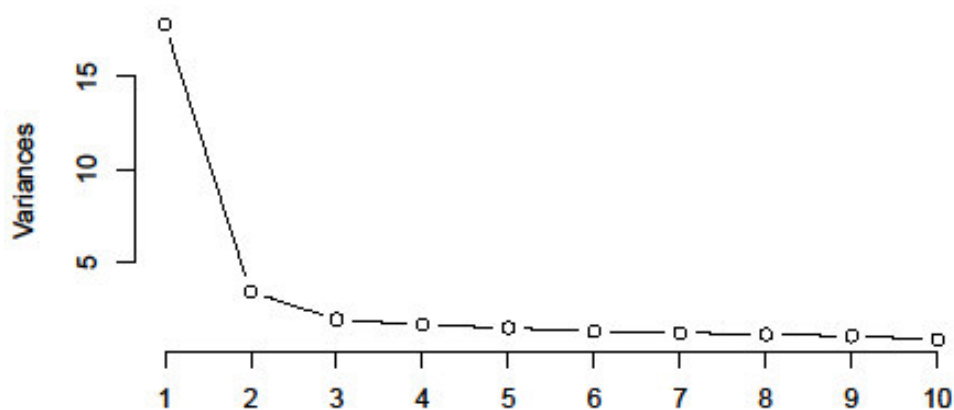
Tabela 23. Teste Valores próprios e % de variância explicada pelas 10 primeiras componentes principais

	Valores próprios	% Variância explicada	% Variância acumulada
CP 1	17,8	47	47
CP 2	3,4	9	55,9
CP 3	1,9	5	60,9
CP 4	1,6	4,2	65,1
CP 5	1,4	3,8	68,8
CP 6	1,2	3,2	72
CP 7	1,2	3,1	75,1
CP 8	1,1	2,8	77,9
CP 9	1	2,6	80,5
CP 10	0,8	2,10	82,6

Esta informação é particularmente relevante para a decisão do número de componentes a reter. Este número pode basear-se nos valores próprios que representam a variância dos factores. De acordo com o critério de Kaiser-Guttman devem ser retidas as componentes com valores próprios superiores a 1. Assim, para o conjunto de dados em análise devem, segundo este critério, reter-se oito componentes.

A análise do *scree plot* Figura 19 permite distinguir a contribuição das diversas componentes. Por meio da análise do gráfico, é possível observar quais fatores apresentam maiores *eigenvalues*, sendo, portanto, responsáveis por uma maior variância explicada.

Figura 19. Gráfico *Scree plot* ISM



O *scree plot* dos dados em análise mostra que, fundamentalmente, a linha desenhada já não muda grandemente de inclinação após a 4^a/5^a componente. Assim, poder-se-ia pensar em reter cinco componentes (ao invés de oito sugeridas pelo critério anterior). Tal, parece ir ao encontro dos resultados obtidos pelo autor da validação do instrumento para a população portuguesa.

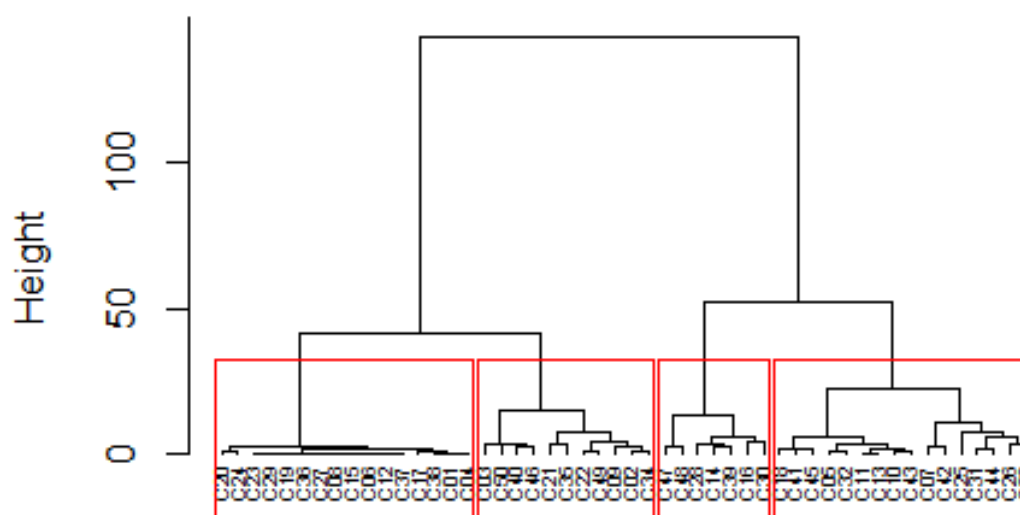
3.4 Análise de Grupos

A análise de *clusters* é uma técnica multivariada que permite o estudo de relações de interdependência. Este procedimento permite agrupar casos ou variáveis em grupos homogêneos, designados por *clusters*, com base nas semelhanças/dissemelhanças existentes entre as unidades de análise. Os grupos ou *cluster* formados apresentam como características particulares, o facto de serem homogêneos no que respeita a uma determinada característica e serem mutuamente exclusivos entre si (não se intercetam). Neste estudo foi usado o método hierárquico de formação de *clusters*, chamado de Método Ward ou de Mínima Variância.

Neste método a formação dos grupos baseia-se na maximização da homogeneidade dentro dos *clusters* e, deste modo, os *clusters* agrupados são aqueles que permitem a minimização da variância dentro dos grupos (Sharma, 1996).

Da observação da Figura 20 sobressai que, atendendo à semelhança das respostas dos Clientes, é possível a constituição de quatro grupos.

Figura 20. Gráfico representativo dos *Clusters*



Os valores das médias de respostas obtidos para cada instrumento, encontram-se discriminados nas Tabela 24, Tabela 25 e Tabela 26. A

Figura 21 corresponde à respetiva representação gráfica.

Tabela 24. Médias para o Termómetro de *Distress*

Grupo	TD_SE	TD_DUR	TD_IMP	TD_NDA
1	0,12	0,06	0	0
2	3,73	2,64	2	0,91
3	4	9,88	1,5	1,56
4	7,43	7,43	7,29	6,71

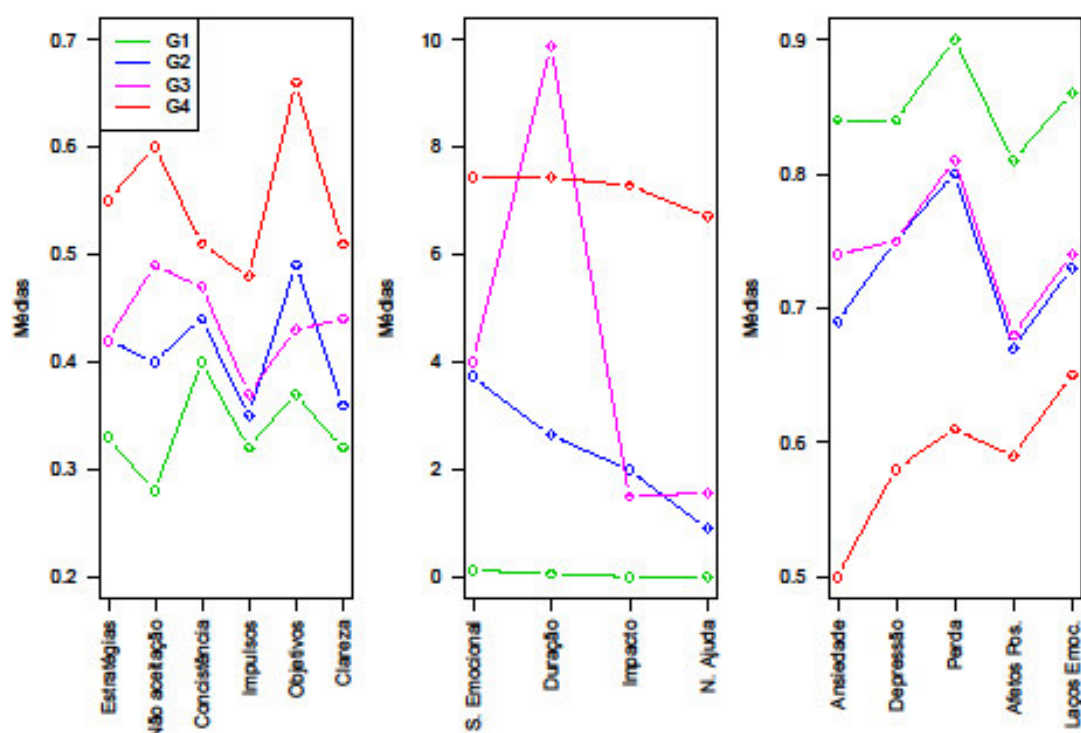
Tabela 25. Médias para o EDRE

Grupo	Estratégias	Não aceitação	Consciência	Impulsos	Objetivos	Clareza
1	0,33	0,28	0,4	0,32	0,37	0,32
2	0,42	0,4	0,44	0,35	0,49	0,36
3	0,42	0,49	0,47	0,37	0,43	0,44
4	0,55	0,6	0,51	0,48	0,66	0,51

Tabela 26. Médias para o ISM

Grupo	Ansiedade	Depressão	Perda	Afetos	Laços
1	0,84	0,84	0,9	0,81	0,86
2	0,69	0,75	0,8	0,67	0,73
3	0,74	0,75	0,81	0,68	0,74
4	0,50	0,58	0,61	0,59	0,65

Figura 21. Gráficos das médias das pontuações dos quatro grupos para os três instrumentos (EDRE, TD e ISM)



Da observação Figura 21 poderá referir-se que os grupos 1 e 4 apresentam os resultados mais díspares e contrários entre si. De facto, sobressai que os elementos do grupo 1 evidenciam um reduzido sofrimento emocional, valores elevados de ISM (compatíveis com mais saúde mental) e valores diminutos de EDRE que se traduzem em menores dificuldades de regulação emocional (ou menor desregulação emocional). Contrariamente, os elementos do grupo 4 apresentam valores de *distress* mais significativos, assim como maiores dificuldades de regulação e, consequentemente, valores mais baixos de saúde mental.

Da análise dos gráficos destaca-se ainda que os grupos 2 e 3 apresentam resultados similares nos três instrumentos, situação esta que é mais evidente no gráfico do ISM.

Ressalte-se que o pico de resultado do grupo 3 no que concerne à duração do sofrimento emocional (TD) decorre do facto das respostas do termómetro serem extremadas. Veja-se a Tabela 3 onde está patente que 66% dos clientes optou pela seleção de valores extremos do termómetro (34% respondeu 0 e 32% respondeu 10).

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que concerne à caracterização da amostra, sobressai que o estabelecimento do diagnóstico de cancro nas fases infantil e adolescente alerta para a vulnerabilidade dos clientes e desafios em saúde decorrentes do seu impacto. A doença oncológica e os seus tratamentos provocam alterações significativas a nível da aparência física e autoimagem, o que alerta para eventuais consequências significativas na expressão da sexualidade dos clientes. Sendo a relação do sobrevivente com o seu corpo de grande complexidade, obrigará certamente a uma adaptação emocional importante e a um reajuste na imagem que o cliente tem de si e dos outros. A própria percepção de ameaça à sexualidade poderá constituir, *per se*, uma fonte adicional e apreciável de *stress*, o que poderá explicar o facto de 60% dos clientes ser solteira.

É conhecido o papel do cancro no declínio neurocognitivo (Albuquerque & Cabral, 2015). O compromisso, ainda que ligeiro, poderá ter um impacto profundo no sobrevivente. Os resultados obtidos acerca das habilitações literárias espelham esta realidade, sendo mínima a percentagem dos clientes que prossegue os seus estudos e ingressa num curso superior.

Importa salientar que 62% dos clientes não apresenta *distress*, o que vai ao encontro da evidência consultada. Todavia, são dignas de relevância as declarações de preocupação constante (66%), medo (56%), apreensões económico-financeiras (34%) e a menção a fadiga crónica (58%), dados corroborados por inúmeros estudos (Simard, et al., 2013) (Alfano & Rowland, 2009) (Weaver, et al., 2012). Pelo exposto e à semelhança do que consta na literatura, a severidade dos efeitos colaterais dos tratamentos reflete-se na emocionalidade dos clientes (Rowland, et al., 2013).

Neste estudo, merece especial destaque o facto de os clientes aparentarem desvirtuar papel do enfermeiro no aconselhamento psico-oncológico, embora sejam teoricamente reconhecidas as suas competências emocionais.

Num cômputo geral, a análise estatística permitiu aferir a adequada viabilidade dos instrumentos aplicados, o que vai ao encontro dos resultados dos autores portugueses. O recurso à aplicação de mais que um instrumento visou a obtenção de maior precisão de resultados.

De acordo com a evidência científica, previu-se que do preenchimento dos instrumentos se obtivesse uma percentagem de sobreviventes que indiciasse ter *distress*, apresentasse desregulação emocional ou tivesse propensão a alguma perturbação do foro psiquiátrico. Ao procurar efetuar-se o cruzamento dos instrumentos pelo recurso à constituição dos *clusters*,

pôde corroborar-se o descrito na literatura: ficou documentado existir uma correlação entre o sofrimento emocional, a desregulação emocional e menores índices de saúde mental. Relações alicerçadas num bom suporte social (laços) constituem um importante fator protetor para o ajustamento emocional. Efetivamente, já Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias (2010) alertaram para esta relação simbiótica, o que justificou a necessidade do uso do instrumento na amostra. Saliente-se ainda a este respeito os estudos de Li, Yang, Zhang, Yao, & Liu (2015) e de Monteiro, Torres, Morgadinho, & Pereira (2013) onde a associação entre *stress* emocional percebido e ajustamento mental é explorada no contexto oncológico. De acordo com os autores, reconhece-se que o *distress* emocional é tanto maior quanto mais disruptivas as estratégias de *coping* e portanto, quanto menor for o ajustamento psíquico.

Atendendo ainda ao facto de que o sofrimento emocional surge exacerbado em clientes com menor resiliência, maior perda de controlo, menor afeto positivo e com menores laços emocionais, sobressaem possibilidades de intervenção neste sentido.

Importa sublinhar que a interpretação do cliente influencia a sua adaptação ao contexto. A ausência de *distress* psicológico nem sempre reflete adequadamente bem-estar psicológico ou saúde mental positiva. Daí a relevância de ter-se em consideração a complexidade dos agentes stressores e a sua permanência no tempo, o que poderá refletir-se no sofrimento emocional percebido e na qualidade de vida inerente.

Com efeito, o *screening* do *distress* assume particular importância em oncologia, na medida em que permitirá predizer o ajustamento mental do cliente e o risco de perturbação psiquiátrica.

5 CONCLUSÕES

À semelhança do que sucede noutras realidades internacionais, a Saúde Mental constitui uma área emergente de intervenção.

Atendendo a que um problema de investigação decorre com frequência de uma inquietação da prática de cuidados, a sua compreensão poderá requerer, recursivamente, a aferição da melhor evidência. A investigação em Enfermagem não só fomenta a reflexividade e induz o questionamento das práticas profissionais como é instrumento de resolução de problemas, na medida em que apoia a “definição de prioridades, o planeamento e a avaliação de vários tipos de intervenção” (Sousa, 2006, p. 105). Paralelamente, caso a investigação implique o envolvimento de indivíduos psicologicamente vulneráveis por uma condição de doença, o dever de proteção adquire maior relevância. Nestas circunstâncias, a prestação de cuidados requer a assunção de boas práticas e um agir virtuoso, devendo o enfermeiro advogar o papel de provedor de cuidados e uma abordagem mais capacitadora (Nunes, 2014).

Em oncologia e na área específica da sobrevivência, a autonomia está comprometida pela dificuldade que os clientes apresentam no desempenho de papéis sociais e em autorreger-se. Portanto, sobrevivência não poderá nunca ser sinónima de uma longevidade fundamentada unicamente em parâmetros biomédicos (Pinto & Pais Ribeiro, 2007).

De facto, o aumento da longevidade não traduz as repercussões sentidas pela pessoa que experiencia um cancro. Daí que urja compreender-se a forma como o impacto do cancro é gerido e como esta experiência transformadora é percecionada. Somente assim poderão equacionar-se tanto ganhos como custos em saúde. Assim sendo, importa procurar meios eficazes de avaliação e concomitantemente de intervenção, de modo a perceber se é ou não necessário intervir e de que forma. Daqui decorre a utilidade do rastreio psicológico e da aferição dos instrumentos úteis e adequados para efetivá-lo na área da oncologia.

A maioria dos sobreviventes apresentou respostas emocionais consideradas habituais e adaptativas e um pouco mais de um terço exibiu um *distress* significativo, facto compatível com a literatura (Cabral & Paredes, 2015). Pôde ainda comprovar-se que a experiência de cancro acarreta implicações comportamentais que merecem ser alvo de reabilitação compreensiva como a preocupação permanente (66%), a fadiga cronicada (58%), o medo de recidiva (56%) e défice financeiro (34%). Um dos resultados mais inequívocos desta investigação prende-se com o facto de ter sido possível corroborar a existência de uma relação de lógica direta entre o *distress* e a desregulação emocional, e a predição de psicopatologia (menor saúde mental). Conseguiu alcançar-se o reconhecimento de que o *distress* emocional parece ser tanto maior quanto mais disruptivas as estratégias de *coping* e portanto, quanto menor for o ajustamento psíquico.

Ressalve-se também que a adaptação do sobrevivente ao contexto decorre de um processo de significação da vivência de doença. Só assim se explica que mesmo na ausência de *distress* possa coexistir algum grau de mal-estar psicológico. Logo, todas as dimensões emocionais do processo de experiência de cancro assumem enorme relevância, senão mesmo relevância central.

Paralelamente, este trabalho evidencia facetas escamoteadas da intervenção dos enfermeiros. Se o trabalho das emoções encetado pelo enfermeiro não é reconhecido pelo cliente, certamente não será tido em conta como gerador de ganhos em saúde.

Nesta realidade e atendendo aos resultados obtidos, a implementação de um rastreio eclético revelou-se fundamental para identificar o sofrimento emocional. A compreensão das vertentes psicossociais e, portanto, relacionados com a qualidade de vida, assim como do fenómeno da autorregulação emocional possibilitaram a reflexão sobre a prática especializada e o seu impacto na promoção do ajustamento psicológico.

Importa que a investigação continue a caminhar no sentido da diminuição da morbilidade dos sobreviventes a longo prazo de modo a progredir-se na humanização (Rowland, et al., 2013).

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PERSPETIVAS DE FUTURO

Da análise dos resultados sobressaem como limitações do estudo:

- o facto da amostra ser reduzida e de conveniência não permite garantir a representatividade da população;
- a menor equidade de género na amostra (24 mulheres para 26 homens) poderá ter influído de alguma forma na obtenção de resultados;
- a presença da investigadora aquando do preenchimento dos instrumentos poderá ter concorrido para a ativação do efeito de desejabilidade social;
- a não abordagem das questões relativas à fertilidade poderá ter reduzido a expressividade das respostas obtidas na segunda parte do instrumento TD;
- os resultados não permitem inferir sobre as estratégias regulatórias *per se*, sobressaindo apenas a sua eficácia;
- os dados não obtidos não permitem a sua generalização.

O âmbito do trabalho do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria no contexto oncológico ultrapassa as dimensões abordadas neste estudo, pelo que se sugere a inclusão de outros parceiros de cuidados (demais elementos da equipa multidisciplinar) e a seleção de um maior número de clientes em estudos similares, traduzindo enriquecimento e melhor compreensão dos fenómenos do sofrimento emocional e saúde mental.

Atendendo à análise de grupos efetuada, antevê-se que o desenvolvimento de programas de *follow-up* no grupo de risco (grupo 4) irá contribuir para a prevenção eventual de potenciais disfunções psíquicas. Certamente com a consecução de intervenções de âmbito socioterapêutico, esta hipótese poderá ser confirmada. Propõe-se ainda investigação suplementar no âmbito da experiência humana de sentir e na perspetiva da enfermagem terapêutica.

A ultimar, considera-se que este trabalho empírico poderá coadjuvar à consciencialização da necessidade de investimento profissional na negligenciada área da sobrevivência, pelo que pretende proceder-se à divulgação dos resultados (ainda que preliminares) mediante a produção de um artigo e em jornadas oncológicas.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Absolom, K., Holch, P., Pini, S., Hill, K., Liu, A., Scharpe, M., et al. (2011). The detection and management of emotional distress in cancer patients: the views of health-care professionals . *Psycho-Oncology*. 20, pp. 601-608. DOI: 10.1002/pon.1916.
- Albuquerque, E., & Cabral, A. S. (2015). *Psico-Oncologia - Temas Fundamentais*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Alfano, C., & Rowland, J. (2009). The experience of survival for patients: Psychosocial adjustment. In S. Miller, D. Bowen, R. Croyle, J. Rowland, & (Eds.), *Handbook of cancer control and behavioral science: A resource for researchers, practitioners, and policymakers* (pp. 413-430). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Almeida, S. S., & Silva, E. (2015). Investigação em Psico-oncologia. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 23-31). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Associação Médica Mundial. (2013). *Declaração de Helsínquia: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. Fortaleza, Brasil: AMM.
- Bhatia, S., & Robison, L. (2008). Cancer Survivorship Research: Opportunities and future needs for expanding the research base. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 17 (7), pp. 1551-1557. DOI: 10.1158/1055-9965.
- Bizarro, J., Patrão, I., & Deep, C. (2012). Contributo para a validação do TE (Termómetro Emocional) numa amostra portuguesa com diagnóstico de cancro. In J. L. Pais-Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, & S. Monteiro (Org.), *Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas: Atas do 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 152-159). Lisboa: Placebo Editora.
- Bonito, A., Horowitz, N., McCorkle, R., & Chagpar, A. (2013). Do healthcare professionals discuss the emotional impact of cancer with patients? *Psycho-Oncology*, 22 (9), pp. 2046-2050. DOI: 10.1002/pon.3258.
- Brinkman, T., Zhu, L., Zeltzer, L., Recklitis, C., Kimberg, C., Zhang, N., et al. (2013). Longitudinal patterns of psychological distress in adult survivors of childhood cancer. *British Journal of Cancer*. 109, pp. 1373-1381. DOI: 10.1038/bjc.2013.428.
- Bultz, B., & Berman, N. (2010). Branding Distress - as the 6th Vital Sign: Policy Implications. In J. Holland (Eds.), *Psycho-Oncology* (2nd ed., pp. 663-665). Oxford: University Press.

- Bultz, B., & Johansen, C. (2011). Screening for Distress, the 6th Vital Sign: where are we, and where are we going? *Psycho-Oncology*, 20, pp. 569-571. DOI: 10.1002/pon.1986.
- Cabral, A. S., & Paredes, T. (2015). Distress e Perturbações de Adaptação. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 195-204). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Cavro, É., Bungener, C., & Bioy, A. (2005). Le syndrome de Lazare: une problématique de la rémission. Réflexions autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4 (2), pp. 74-79.
- CNECV. (2014). Memorando do Parecer Nº 77. *Bioética e Saúde Mental*. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (4), pp. 145-151. DOI: 10.1590/S0101-60832010000400001.
- Decat, C., Laros, J., & Araújo, T. (2009). Termómetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*, 14 (3), pp. 253-260. Disponibilidade <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712009000300002>.
- Deimling, G., Wagner, L., Bowman, K., Sterns, S., Kercher, K., & Kahana, B. (2006). Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15 (2), pp. 143-159. DOI: 10.1002/pon.931.
- Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249 (6), pp. 751-757. DOI: 10.1001/jama.1983.03330300035030.
- Doyle, N. (2008). Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (4), pp. 499-509. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04617.x.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Consentimento Informado - Relatório Final*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- Espadinha, A., & Pinto, C. (2014). Sobreviventes de Cancro. In M. R. Dias, & E. Durá (Coords.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 239-263). Lisboa: Climepsi.
- Ferro, T., & Borràs, J. (2011). Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gaceta Sanitaria*, 25 (3), pp. 240-245. DOI: 10.1016/j.gaceta.2010.12.002.
- Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *The Journal of Cancer Survivorship*:

Research and Practice. 1, pp. 5-7.

- Ganz, P. A. (2011). Q&A: The "three Ps" of cancer survivorship care. *BMC Medicine. 9* (14), pp. 1-3. DOI: 10.1186/1741-7015-9-14.
- Gatta, G., Mallone, S., Van der Zwan, J., Trama, A., Siesling, S., Capocaccia, R., et al. (2013). Cancer prevalence estimates in Europe at the beginning of 2000. *Annals of Oncology, 24* (6), pp. 1660-1666. DOI: 10.1093/annonc/mdt030.
- Gessler, S., Low, J., Daniells, E., Williams, R., Brough, V., Tookman, A., et al. (2008). Screening for distress in cancer patients: is the distress thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psycho-Oncology, 17* (6), pp. 538-547. DOI: 10.1002/pon.1273.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 26* (1), pp. 41-54. DOI: 10.1007/s10862-008-9102-4.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. (A. S. Sant'Anna, & A. C. Neto, Trans.) Porto Alegre: Bookman.
- Holland, J., & Alici, Y. (2010). Management of Distress in Cancer Patients. *Journal of Supportive Oncology. 8* (1), pp. 4-12. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20235417>.
- Holland, J., & Reznik, I. (2005). Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer Supplement. 104* (11), pp. 2624-2637.
- Hou, W., & Lam, J. (2014). Resilience in the year after cancer diagnosis: a cross-lagged panel analysis of the reciprocity between psychological distress and well-being. *Journal of Behavioral Medicine, 37* (3), pp. 391-401. DOI: 10.1007/s10865-013-9497-6.
- Huang, I., Brinkman, T., Armstrong, G., Leisering, W., Robison, L., & Krull, K. (2016). Emotional distress impacts quality of life evaluation: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *Journal of Cancer Survivorship, 11* (3), pp. 309-319. DOI: 10.1007/s11764-016-0589-5.
- Hudson, M., Oeffinger, K., Jones, K., Brinkman, T., Krull, K., Mulrooney, D., et al. (2015). Age-Dependent Changes in Health Status in the Childhood Cancer Survivor Cohort. *Journal of Clinical Oncology, 33* (5), pp. 479-491. DOI: 10.1200/JCO.2014.57.4863.
- Hulbert-Williams, N., Neal, R., Morrison, V., Hood, K., & Wilkinson, C. (2012). Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? . *Psycho-Oncology, 21* (8), pp. 857-867. DOI:

10.1002/pon.1980.

- Hutcheson, G. D., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist: Introductory Statistics using generalized models*. London: Sage Publications.
- Jacobsen, P., Holland, J., & Steensma, D. (2012). Caring for the Whole Patient: The Science of Psychosocial Care. *Journal Of Clinical Oncology*, 30 (11), pp. 1151-1153. DOI: 10.1200/JCO.2011.41.4078.
- Jarret, N., Scott, I., Addington-Hall, J., Amir, Z., Brearley, S., Hodges, L., et al. (2013). Informing future research priorities into the psychological and social problems faced by cancer survivors: A rapid review and synthesis of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17 (5), pp. 510-520. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.03.003.
- Justo, J. M. (2014). Uma perspetiva psicológica sobre as doenças oncológicas: etiologia, intervenção e articulações. In M. R. Dias, E. Durá, & (Coord.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (2ª ed., Vol. I, pp. 25-47). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kessler, R., & Wang, P. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*, 29, pp. 115-129. DOI: : 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847.
- Khan, N., Rose, P., & Evans, J. (2012). Defining cancer survivorship: a more transparent approach is needed. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 6 (1), pp. 33-36. DOI: 10.1007/S11764-011-0194-6.
- Kim, M., & Yi, J. (2014). Life After Cancer: How Does Public Stigma Increase psychological distress of childhood cancer survivors? *International Journal of Nursing Studies*, 51 (12), pp. 1605-1614. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.005>.
- Li, M., Hales, S., & Rodin, G. (2010). Adjustment Disorders. In J. Holland, & et al (Coords.), *Psycho-Oncology* (pp. 303-310). New York: Oxford University Press.
- Li, Y., Yang, Y., Zhang, R., Yao, K., & Liu, Z. (2015). The Mediating Role of Mental Adjustment in the Relationship between Perceived Stress and Depressive Symptoms in Hematological Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *PLOS One*, 10 (11), p. e0142913. DOI: 10.1371/journal.pone.0142913.
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M., & Kiers, H. (2011). The Hull Method for Selecting the Number of Common Factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46 (2), pp. 340-364. DOI: 10.1080/00273171.2011.564527.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Martins, J. C. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), pp. 62-66. Acedido a 19-07-2015. Disponível em

http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf.

- McGrath, P., & Holewa, H. (2012). What does the term 'survivor' mean to individuals diagnosed with a haematological malignancy? Findings from Australia. *Supportive Care in Cancer*, 20 (12), pp. 3287-3295. DOI: 10.1007/s00520-012-1453-4.
- Meijer, A., Roseman, M., Delisle, V., Milette, K., Levis, B., Syamchandra, A., et al. (2013). Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 75 (1), pp. 1-17. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.01.012.
- Mertens, A., & Marchak, J. (2015). Mental health status of adolescent cancer survivors. *Clinical Oncology in Adolescents and Young Adults*, 5, pp. 87-95. DOI: <https://doi.org/10.2147/COAYA.S49174>.
- Mitchell, A. (2010). Screening Procedures for Psychosocial Distress. In J. Holland, M. Lederberg, M. Loscalzo, R. Jacobsen, R. Mccorkle, & W. Breitbart (Eds), *Psycho Oncology* (pp. 389-396). New York: Oxford University Press.
- Mitchell, A. (2012). *Rapid Screening for Depression and Emotional Distress in Routine Cancer Care: Local Implementation and Meta-Analysis*. M.D. Thesis, University of Leicester, Department of Cancer & Molecular Medicine, Leicester.
- Monteiro, S., Torres, A., Morgadinho, R., & Pereira, A. (2013). Psychosocial Outcomes in Young Adults with Cancer: Emotional Distress, Quality of Life and Personal Growth. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27 (6), pp. 299-305. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.08.003.
- Morgan, M. A. (2009). Cancer Survivorship: History, Quality-of-Life Issues and the Evolving Multidisciplinary Approach to Implementation of Cancer Survivorship Care Plans. *Oncology Nursing Forum*, 36 (4), pp. 429-436. DOI: 10.1188/09.ONF.429-436.
- Moura, M. J. (2004). *Para uma compreensão das estratégias de coping utilizadas por crianças com cancro e respectivas mães*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Mullen, F. (1985). Seasons of Survival: Reflections of a Physician with Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 313 (4), pp. 270-273. DOI: 10.1056/NEJM198507253130421.
- National Comprehensive Cancer Network. (2016). NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. *Distress Management - Verson 2.2016*. Fort Washington: NCCN, Inc.
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. *Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental*

- e *Psiquiatria* (pp. 1-22). Setúbal: Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/314050343>.
- Oancea, S., Brinkman, T., Ness, K., Krull, K., Smith, W., Srivastava, D., et al. (2014). Emotional distress among adult survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 8 (2), pp. 293-303. DOI: 10.1007/s11764-013-0336-0.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa: Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.
- Padilha, J., Sousa, A., & Pereira, F. (2016). Participatory action research: A strategy for improving self-care management in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Action Research*, 14 (3), pp. 240-256. DOI: 10.1177/1476750315606196 .
- Pais Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: Um Estudo de Adaptação à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), pp. 77-99.
- Pais Ribeiro, J. L. (2011). *Inventário de Saúde Mental*. Lisboa: Placebo, Editora Lda.
- Park, C., Zlateva, I., & Blank, T. (2009). Self-identity after cancer: "survivor", "victim", "patient" and "person with cancer". *Journal of General Medicine*, 24 (Suppl 2), pp. S430-S435. DOI: 10.1007/s11606-009-0993-x.
- Parry, C., Padgett, L., & Zebrack, B. (2012). Now What? Toward an Integrated Research and Practice Agenda in Distress Screening. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30 (6), pp. 715-727. DOI: 10.1080/07347332.2012.721486.
- Patil, V., Singh, S., Mishra, S., & Donavan, D. (2008). Efficient Theory development and factor retention criteria: Abandon the «eigenvalue greater than one» criterion. *Journal of Business Research*, 61 (2), pp. 162-170. Acedido em 02-05-2017. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2007.05.008>.
- Pereira, M. G., Teixeira, R. J., & Figueiredo, P. (2010). Rastreio emocional breve de doentes em quimioterapia: Um projeto português. *Anais do 11º Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia e IV Encontro Internacional de Cuidados Paliativos em Oncologia*. Rio de Janeiro.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petty, L., & Lester, J. (2014). Distress Screening in Chronic Disease: Essential for Cancer Survivors. *Journal of Advanced Practitioner in Oncology*, 5 (2), pp. 107-114. Disponível em PMC4093508.

- Phillips, F., & Jones, B. (2014). Understanding the lived experience of latino adolescent and young cancer survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Survivorship*. 8 (1), pp. 39-48. DOI: 10.1007/s11764-013-0310-x.
- Pinto, C., & Pais Ribeiro, J. (2007). Sobrevivente de Cancro: Uma outra realidade! *Texto & Contexto Enfermagem*, 16 (1), pp. 142-148. Acedido a 9 de agosto de 2015. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100018>.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (5 ed.). Mexico: Interamericana McGraw.
- R Core Team. (2015). R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing.
- RORCentro (2014). *Registo Oncológico Nacional 2008*. Coimbra: Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, E.P.E.
- Rowland, J., Kent, E., Forsythe, L., Loge, J., Hjorth, L., Glaser, A., et al. (2013). Cancer Survivorship Research in Europe and the United States: Where have we been, where are we going, and what can we learn from each other? *Cancer*, 119 (Supl. 11), pp. 2094-2108. DOI: 10.1002/cncr.28060.
- Rueegg, C., Gianinazzi, M., Rischewski, J., Popovic, M., Von der Weid, N., Michel, G., et al. (2013). Health- related quality of life in survivors of childhood cancer: the role of chronic health problems. *Journal of Cancer Survivorship*, 7 (4), pp. 511-522. DOI: 10.1007/s11764-013-0288-4.
- Serrão, D. (2015). Aspetos Éticos em Oncologia. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 393-398). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Sharma, S. (1996). *Applied multivariate techiques*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Shimizu, K., Akizuki, N., Nakava, N., Fujimori, M., Fujisawa, D., Ogawa, A., et al. (2011). Treatment response to psychiatric intervention and predictors of response among cancer patients with adjustment disorders. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41 (4), pp. 684-691. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.011.
- Silva, E., & Pimentel, A. (2015). Qualidade de Vida no Sobrevivente. In E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais* (pp. 65-71). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., et al. (2013).

- Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7 (3), pp. 300-322. DOI: 10.1007/s11764-013-0272-z.
- Singer, S., Szalai, C., Briest, S., Brown, A., Dietz, A., Einkenkel, J., et al. (2013). Co-morbid mental health conditions in cancer patients at working age - prevalence, risk profiles, and care uptake. *Psycho-Oncology*, 22, pp. 2291-2297. DOI: 10.1002/pon.3282.
- Smith, A., Armes, J., Richardson, A., & Stark, D. (2013). Psychological distress in cancer survivors: the further development of an item bank. *Psycho-Oncology*. 22, pp. 308-314. DOI: 10.1002/pon.2090.
- Sousa, F. (2006). Prioridades de Investigação em Saúde Mental em Portugal: as perspetivas de um painel Delphi de psiquiatras e pedopsiquiatras. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1), pp. 103-114.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 25 (4), pp. 352-357. Acedido em 03-07-2015. Disponível em http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf.
- Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51 (5), pp. 730-742. Disponível em doi.apa.org/journals/ccp/51/5/730.pdf.
- Vodermaier, A., Linden, W., & Siu, C. (2009). Screening for Emotional Distress in Cancer Patients: A Systematic Review of Assessment Instruments. *Journal of the National Cancer Institute*. 101 (21), pp. 1464-1488. DOI: 10.1093/jnci/djp336.
- Weaver, K., Forsythe, L., Reeve, B., Alfano, C., Rodriguez, J., Sabatino, S., et al. (2012). Mental and physical health-related quality of life among U.S. cancer survivors: population estimates from the 2010 National Health Interview Survey. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 21 (11), pp. 2108-2117. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-12-0740.
- Yi, J., Zebrack, B., Kim, M., & Cousino, M. (2015). Posttraumatic Growth Outcomes and Their Correlates Among Young Adult Survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 40 (9), pp. 1-11. DOI: 10.1093/jpepsy/jsv075.
- Zebrack, B. (2015). A Patient-Centered Perspective on Cancer Survivorship. *Journal of Personalized Medicine*, 5 (2), pp. 91-95. DOI: 10.3390/jpm5020091.

- Zebrack, B., Burg, M., & Vaitones, V. (2012). Distress Screening: An Opportunity for Enhancing Quality Cancer Care and Promoting the Oncology Social Work Profession. *Journal of Psychosocial Oncology*. 30, pp. 615-624. DOI: 10.1080/07347332.2012.721485.
- Zebrack, B., Kent, E., Keegan, T., Kato, I., & Smith, A. (2014). "Cancer Sucks" and Other Pondering by Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*. 32, pp. 1-15. DOI: 10.1080/07347332.2013.855959.
- Zebrack, B., Santacroce, S., Patterson, P., & Gubin, A. (2016). Adolescents and Young Adults with Cancer: A Biopsychosocial Approach. In A. Abrams, A. Muriel, & L. Wiener (Edits.), *Pediatric Psychosocial Oncology: Textbook for Multidisciplinary Care* (pp. 199-215). Gewerbestrasse: Springer International Publishing Switzerland. DOI: 10.1007/978-3-319-21374-3_12.

APÊNDICE VII_A

ESTUDO EMPÍRICO

Correlações Bivariadas do Instrumento EDRE

Tabela 1. Correlações Bivariadas EDRE – Resultados de Q1 a Q8

	EDRE_Q1	EDRE_Q2	EDRE_Q3	EDRE_Q4	EDRE_Q5	EDRE_Q6	EDRE_Q7	EDRE_Q8
EDRE_Q1	1,00	0,52	NA	NA	NA	0,48	0,56	0,39
EDRE_Q2	0,52	1,00	NA	NA	0,32	0,63	0,45	0,43
EDRE_Q3	NA	NA	1,00	NA	0,52	NA	NA	NA
EDRE_Q4	NA	NA	NA	1,00	0,54	NA	NA	NA
EDRE_Q5	NA	0,32	0,52	0,54	1,00	NA	NA	NA
EDRE_Q6	0,48	0,63	NA	NA	NA	1,00	0,54	0,72
EDRE_Q7	0,56	0,45	NA	NA	NA	0,54	1,00	0,38
EDRE_Q8	0,39	0,43	NA	NA	NA	0,72	0,38	1,00
EDRE_Q9	NA	NA	0,54	0,32	0,72	NA	NA	NA
EDRE_Q10	NA	0,48	NA	NA	NA	0,41	0,42	0,42
EDRE_Q11	NA	NA	NA	NA	0,38	NA	NA	NA
EDRE_Q12	NA	0,33	NA	NA	0,47	NA	NA	NA
EDRE_Q13	NA	NA	0,62	NA	0,56	NA	NA	NA
EDRE_Q14	NA	NA	0,74	NA	0,37	NA	NA	NA
EDRE_Q15	NA	NA	0,36	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q16	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q17	NA	0,44	NA	NA	NA	0,51	NA	0,57
EDRE_Q18	NA	NA	0,49	NA	0,37	NA	NA	NA
EDRE_Q19	NA	NA	0,53	NA	0,41	NA	NA	NA
EDRE_Q20	0,42	NA	NA	NA	NA	NA	0,43	NA
EDRE_Q21	0,35	0,31	NA	NA	0,34	NA	NA	NA
EDRE_Q22	0,36	NA	NA	NA	NA	NA	0,37	NA
EDRE_Q23	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q24	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0,30	NA
EDRE_Q25	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q26	NA	NA	0,53	NA	0,53	NA	NA	NA
EDRE_Q27	NA	NA	0,60	NA	0,45	NA	NA	NA
EDRE_Q28	NA	NA	0,32	0,46	0,51	NA	NA	NA
EDRE_Q29	NA	NA	NA	NA	0,32	NA	NA	NA
EDRE_Q30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q31	NA	NA	NA	NA	0,39	NA	NA	NA
EDRE_Q32	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q33	NA	NA	0,34	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q34	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q35	NA	NA	0,61	NA	0,41	NA	NA	NA
EDRE_Q36	NA	NA	0,51	NA	0,43	NA	NA	NA

NA: not available (correlação < 0.30)

Tabela 2. Correlações Bivariadas EDRE – Resultados de Q9 a Q15

	EDRE_Q9	EDRE_Q10	EDRE_Q11	EDRE_Q12	EDRE_Q13	EDRE_Q14	EDRE_Q15
EDRE_Q1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q2	NA	0,48	NA	0,33	NA	NA	NA
EDRE_Q3	0,54	NA	NA	NA	0,62	0,74	0,36
EDRE_Q4	0,32	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q5	0,72	NA	0,38	0,47	0,56	0,37	NA
EDRE_Q6	NA	0,41	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q7	NA	0,42	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q8	NA	0,42	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q9	1,00	NA	0,55	0,43	0,53	0,61	0,46
EDRE_Q10	NA	1,00	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q11	0,55	NA	1,00	0,75	NA	0,33	0,42
EDRE_Q12	0,43	NA	0,75	1,00	NA	NA	NA
EDRE_Q13	0,53	NA	NA	NA	1,00	0,55	NA
EDRE_Q14	0,61	NA	0,33	NA	0,55	1,00	0,35
EDRE_Q15	0,46	NA	0,42	NA	NA	0,35	1,00
EDRE_Q16	0,48	NA	0,61	0,49	0,31	0,39	0,59
EDRE_Q17	NA	0,33	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q18	0,47	NA	0,45	NA	0,60	0,49	0,45
EDRE_Q19	0,67	NA	0,42	0,36	0,56	0,67	0,38
EDRE_Q20	NA	0,31	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q21	0,40	NA	0,59	0,74	0,41	0,30	0,30
EDRE_Q22	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q23	0,42	NA	0,41	0,31	NA	NA	NA
EDRE_Q24	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q25	0,47	NA	0,71	0,63	NA	NA	NA
EDRE_Q26	0,61	NA	0,41	0,41	0,48	0,33	NA
EDRE_Q27	0,62	NA	0,51	0,48	0,62	0,74	0,31
EDRE_Q28	0,62	NA	0,49	0,43	NA	0,45	0,35
EDRE_Q29	0,41	NA	0,69	0,70	NA	0,33	0,39
EDRE_Q30	0,37	NA	0,66	0,62	NA	0,30	0,50
EDRE_Q31	NA	NA	NA	0,34	0,40	0,34	NA
EDRE_Q32	0,47	NA	0,45	0,38	NA	0,60	NA
EDRE_Q33	NA	NA	NA	NA	0,47	NA	NA
EDRE_Q34	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q35	0,43	NA	0,38	NA	0,39	0,48	0,46
EDRE_Q36	0,60	NA	0,44	NA	0,45	0,51	0,51

Tabela 3. Correlações Bivariadas EDRE – Resultados de Q16 a Q22

	EDRE_Q16	EDRE_Q17	EDRE_Q18	EDRE_Q19	EDRE_Q20	EDRE_Q21	EDRE_Q22
EDRE_Q1	NA	NA	NA	NA	0,42	0,35	0,36
EDRE_Q2	NA	0,44	NA	NA	NA	0,31	NA
EDRE_Q3	NA	NA	0,49	0,53	NA	NA	NA
EDRE_Q4	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q5	NA	NA	0,37	0,41	NA	0,34	NA
EDRE_Q6	NA	0,51	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q7	NA	NA	NA	NA	0,43	NA	0,37
EDRE_Q8	NA	0,57	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q9	0,48	NA	0,47	0,67	NA	0,40	NA
EDRE_Q10	NA	0,33	NA	NA	0,31	NA	NA
EDRE_Q11	0,61	NA	0,45	0,42	NA	0,59	NA
EDRE_Q12	0,49	NA	NA	0,36	NA	0,74	NA
EDRE_Q13	0,31	NA	0,60	0,56	NA	0,41	NA
EDRE_Q14	0,39	NA	0,49	0,67	NA	0,30	NA
EDRE_Q15	0,59	NA	0,45	0,38	NA	0,30	NA
EDRE_Q16	1,00	NA	0,51	0,65	NA	0,68	NA
EDRE_Q17	NA	1,00	NA	NA	0,34	NA	NA
EDRE_Q18	0,51	NA	1,00	0,61	0,31	0,41	NA
EDRE_Q19	0,65	NA	0,61	1,00	NA	0,57	NA
EDRE_Q20	NA	0,34	0,31	NA	1,00	NA	0,61
EDRE_Q21	0,68	NA	0,41	0,57	NA	1,00	NA
EDRE_Q22	NA	NA	NA	NA	0,61	NA	1,00
EDRE_Q23	0,50	NA	NA	0,43	NA	0,35	NA
EDRE_Q24	NA	NA	NA	NA	0,68	NA	0,61
EDRE_Q25	0,58	NA	NA	0,39	NA	0,54	NA
EDRE_Q26	0,37	NA	0,57	0,46	NA	0,39	NA
EDRE_Q27	0,59	NA	0,60	0,86	NA	0,63	NA
EDRE_Q28	0,38	NA	NA	0,39	NA	NA	0,30
EDRE_Q29	0,58	NA	0,37	NA	NA	0,63	NA
EDRE_Q30	0,75	NA	0,46	0,50	NA	0,76	NA
EDRE_Q31	NA	NA	0,34	0,40	NA	0,42	NA
EDRE_Q32	0,60	NA	0,41	0,75	NA	0,53	NA
EDRE_Q33	0,40	NA	0,66	0,36	NA	NA	NA
EDRE_Q34	NA	0,39	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q35	0,39	NA	0,63	0,50	NA	NA	NA
EDRE_Q36	0,75	NA	0,62	0,66	NA	0,49	NA

Tabela 4. Correlações Bivariadas EDRE – Resultados de Q23 a Q29

	EDRE_Q23	EDRE_Q24	EDRE_Q25	EDRE_Q26	EDRE_Q27	EDRE_Q28	EDRE_Q29
EDRE_Q1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q3	NA	NA	NA	0,53	0,60	0,32	NA
EDRE_Q4	NA	NA	NA	NA	NA	0,46	NA
EDRE_Q5	NA	NA	NA	0,53	0,45	0,51	0,32
EDRE_Q6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q7	NA	0,30	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q8	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q9	0,42	NA	0,47	0,61	0,62	0,62	0,41
EDRE_Q10	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q11	0,41	NA	0,71	0,41	0,51	0,49	0,69
EDRE_Q12	0,31	NA	0,63	0,41	0,48	0,43	0,70
EDRE_Q13	NA	NA	NA	0,48	0,62	NA	NA
EDRE_Q14	NA	NA	NA	0,33	0,74	0,45	0,33
EDRE_Q15	NA	NA	NA	NA	0,31	0,35	0,39
EDRE_Q16	0,50	NA	0,58	0,37	0,59	0,38	0,58
EDRE_Q17	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q18	NA	NA	NA	0,57	0,60	NA	0,37
EDRE_Q19	0,43	NA	0,39	0,46	0,86	0,39	NA
EDRE_Q20	NA	0,68	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q21	0,35	NA	0,54	0,39	0,63	NA	0,63
EDRE_Q22	NA	0,61	NA	NA	NA	0,30	NA
EDRE_Q23	1,00	NA	0,49	0,40	0,34	NA	0,39
EDRE_Q24	NA	1,00	NA	NA	NA	0,31	NA
EDRE_Q25	0,49	NA	1,00	0,37	0,45	0,51	0,77
EDRE_Q26	0,40	NA	0,37	1,00	0,52	0,33	0,38
EDRE_Q27	0,34	NA	0,45	0,52	1,00	0,41	0,39
EDRE_Q28	NA	0,31	0,51	0,33	0,41	1,00	0,64
EDRE_Q29	0,39	NA	0,77	0,38	0,39	0,64	1,00
EDRE_Q30	0,33	NA	0,65	NA	0,56	0,51	0,77
EDRE_Q31	NA	NA	NA	NA	0,53	0,44	0,31
EDRE_Q32	NA	NA	0,45	NA	0,76	0,42	0,43
EDRE_Q33	NA	NA	NA	0,59	0,41	NA	0,34
EDRE_Q34	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q35	NA	0,34	NA	0,54	0,57	0,42	0,41
EDRE_Q36	0,36	NA	0,44	0,57	0,67	0,42	0,43

Tabela 5. Correlações Bivariadas EDRE – Resultados de Q30 a Q36

	EDRE_Q30	EDRE_Q31	EDRE_Q32	EDRE_Q33	EDRE_Q34	EDRE_Q35	EDRE_Q36
EDRE_Q1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q2	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q3	NA	NA	NA	0,34	NA	0,61	0,51
EDRE_Q4	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q5	NA	0,39	NA	NA	NA	0,41	0,43
EDRE_Q6	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q7	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q8	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q9	0,37	NA	0,47	NA	NA	0,43	0,60
EDRE_Q10	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q11	0,66	NA	0,45	NA	NA	0,38	0,44
EDRE_Q12	0,62	0,34	0,38	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q13	NA	0,40	NA	0,47	NA	0,39	0,45
EDRE_Q14	0,30	0,34	0,60	NA	NA	0,48	0,51
EDRE_Q15	0,50	NA	NA	NA	NA	0,46	0,51
EDRE_Q16	0,75	NA	0,60	0,40	NA	0,39	0,75
EDRE_Q17	NA	NA	NA	NA	0,39	NA	NA
EDRE_Q18	0,46	0,34	0,41	0,66	NA	0,63	0,62
EDRE_Q19	0,50	0,40	0,75	0,36	NA	0,50	0,66
EDRE_Q20	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q21	0,76	0,42	0,53	NA	NA	NA	0,49
EDRE_Q22	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
EDRE_Q23	0,33	NA	NA	NA	NA	NA	0,36
EDRE_Q24	NA	NA	NA	NA	NA	0,34	NA
EDRE_Q25	0,65	NA	0,45	NA	NA	NA	0,44
EDRE_Q26	NA	NA	NA	0,59	NA	0,54	0,57
EDRE_Q27	0,56	0,53	0,76	0,41	NA	0,57	0,67
EDRE_Q28	0,51	0,44	0,42	NA	NA	0,42	0,42
EDRE_Q29	0,77	0,31	0,43	0,34	NA	0,41	0,43
EDRE_Q30	1,00	0,39	0,48	0,36	NA	0,48	0,59
EDRE_Q31	0,39	1,00	0,46	0,43	NA	0,49	0,45
EDRE_Q32	0,48	0,46	1,00	0,38	NA	0,35	0,58
EDRE_Q33	0,36	0,43	0,38	1,00	NA	0,55	0,59
EDRE_Q34	NA	NA	NA	NA	1,00	NA	NA
EDRE_Q35	0,48	0,49	0,35	0,55	NA	1,00	0,61
EDRE_Q36	0,59	0,45	0,58	0,59	NA	0,61	1,00

APÊNDICE VII_B

ESTUDO EMPÍRICO

Correlações Bivariadas do Instrumento ISM

Tabela 1. Correlações Bivariadas ISM – Q1 a Q8

	ISM_Q1	ISM_Q2	ISM_Q3	ISM_Q4	ISM_Q5	ISM_Q6	ISM_Q7	ISM_Q8
ISM_Q1	1	NA	NA	0,33	0,75	NA	0,65	0,34
ISM_Q2	NA	1	0,39	NA	NA	NA	0,38	NA
ISM_Q3	NA	0,39	1	0,34	NA	0,33	0,39	NA
ISM_Q4	0,33	NA	0,34	1	0,59	0,36	0,37	NA
ISM_Q5	0,75	NA	NA	0,59	1	0,34	0,62	0,4
ISM_Q6	NA	NA	0,33	0,36	0,34	1	0,35	NA
ISM_Q7	0,65	0,38	0,39	0,37	0,62	0,35	1	0,61
ISM_Q8	0,34	NA	NA	NA	0,4	NA	0,61	1
ISM_Q9	0,37	NA	0,54	0,34	0,38	0,43	0,53	0,46
ISM_Q10	0,51	NA	NA	0,45	0,45	NA	0,44	0,39
ISM_Q11	NA	NA	0,69	NA	0,34	0,39	0,36	NA
ISM_Q12	0,31	NA	NA	0,5	0,31	0,41	0,38	0,31
ISM_Q13	0,48	0,31	0,59	0,36	0,46	0,39	0,54	0,51
ISM_Q14	0,43	0,42	0,38	0,49	0,45	NA	0,52	0,44
ISM_Q15	NA	NA	0,32	NA	NA	NA	NA	0,52
ISM_Q16	0,33	0,42	0,54	0,45	NA	0,31	0,53	0,65
ISM_Q17	0,45	0,31	0,6	0,51	0,48	0,49	0,54	0,4
ISM_Q18	0,6	0,35	0,62	0,41	0,59	0,34	0,63	0,51
ISM_Q19	0,49	NA	0,48	0,36	0,56	NA	0,51	0,51
ISM_Q20	0,31	NA	0,46	NA	NA	NA	0,34	0,37
ISM_Q21	NA	0,36	0,46	NA	NA	NA	0,33	0,34
ISM_Q22	0,48	0,38	0,67	0,5	0,52	0,45	0,56	0,31
ISM_Q23	0,36	NA	NA	0,41	0,36	NA	0,39	0,38
ISM_Q24	0,36	0,39	0,6	0,39	0,45	0,42	0,55	0,45
ISM_Q25	NA	NA	0,59	0,34	NA	0,43	0,32	0,46
ISM_Q26	0,66	0,39	0,41	0,54	0,64	0,42	0,67	0,5
ISM_Q27	0,36	NA	0,58	NA	NA	0,33	0,42	0,39
ISM_Q28	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ISM_Q29	NA	NA	0,67	0,45	0,35	0,43	0,42	0,38
ISM_Q30	0,45	0,32	0,55	0,37	0,39	0,36	0,61	0,43
ISM_Q31	0,6	NA	0,35	0,49	0,53	0,43	0,65	0,37
ISM_Q32	0,32	NA	0,5	NA	NA	NA	0,36	0,42
ISM_Q33	NA	NA	0,69	NA	NA	0,36	NA	NA
ISM_Q34	0,53	0,36	0,44	0,45	0,43	0,34	0,53	0,34
ISM_Q35	0,38	NA	0,62	NA	NA	NA	0,34	0,41
ISM_Q36	0,32	NA	0,5	0,38	0,32	0,32	0,41	0,33
ISM_Q37	0,38	NA	0,59	0,47	0,46	0,36	0,49	0,37
ISM_Q38	NA	NA	0,63	NA	NA	0,38	NA	NA

NA: not available (correlação < 0.30)

Tabela 2. Correlações Bivariadas ISM – Q9 a Q16

	ISM_Q9	ISM_Q10	ISM_Q11	ISM_Q12	ISM_Q13	ISM_Q14	ISM_Q15	ISM_Q16
ISM_Q1	0,37	0,51	NA	0,31	0,48	0,43	NA	0,33
ISM_Q2	NA	NA	NA	NA	0,31	0,42	NA	0,42
ISM_Q3	0,54	NA	0,69	NA	0,59	0,38	0,32	0,54
ISM_Q4	0,34	0,45	NA	0,5	0,36	0,49	NA	0,45
ISM_Q5	0,38	0,45	0,34	0,31	0,46	0,45	NA	NA
ISM_Q6	0,43	NA	0,39	0,41	0,39	NA	NA	0,31
ISM_Q7	0,53	0,44	0,36	0,38	0,54	0,52	NA	0,53
ISM_Q8	0,46	0,39	NA	0,31	0,51	0,44	0,52	0,65
ISM_Q9	1	NA	0,67	0,33	0,64	0,47	0,37	0,54
ISM_Q10	NA	1	NA	0,39	NA	0,32	NA	0,45
ISM_Q11	0,67	NA	1	NA	0,66	0,33	0,44	0,47
ISM_Q12	0,33	0,39	NA	1	0,33	0,42	0,32	0,54
ISM_Q13	0,64	NA	0,66	0,33	1	0,49	0,46	0,6
ISM_Q14	0,47	0,32	0,33	0,42	0,49	1	NA	0,46
ISM_Q15	0,37	NA	0,44	0,32	0,46	NA	1	0,59
ISM_Q16	0,54	0,45	0,47	0,54	0,6	0,46	0,59	1
ISM_Q17	0,5	0,55	0,62	0,34	0,65	0,43	0,36	0,55
ISM_Q18	0,64	0,35	0,65	NA	0,7	0,49	0,42	0,64
ISM_Q19	0,68	0,38	0,67	NA	0,74	0,46	0,37	0,63
ISM_Q20	0,61	NA	0,54	0,35	0,72	0,32	0,46	0,53
ISM_Q21	0,31	NA	0,37	NA	0,55	NA	NA	0,49
ISM_Q22	0,64	0,34	0,69	0,35	0,69	0,43	0,33	0,48
ISM_Q23	NA	0,56	NA	NA	NA	0,32	NA	0,46
ISM_Q24	0,65	NA	0,69	NA	0,73	0,53	0,34	0,63
ISM_Q25	0,58	NA	0,72	NA	0,7	0,34	0,6	0,52
ISM_Q26	0,58	0,6	0,46	0,56	0,66	0,59	NA	0,64
ISM_Q27	0,61	NA	0,61	NA	0,8	0,42	0,46	0,58
ISM_Q28	0,31	NA	0,32	NA	0,4	NA	NA	0,36
ISM_Q29	0,56	NA	0,75	NA	0,58	0,31	0,44	0,6
ISM_Q30	0,64	NA	0,54	0,39	0,56	0,41	0,4	0,66
ISM_Q31	0,54	0,45	0,38	0,42	0,66	0,55	NA	0,47
ISM_Q32	0,58	NA	0,6	0,37	0,7	0,41	0,39	0,67
ISM_Q33	0,53	NA	0,7	NA	0,59	0,37	0,38	0,41
ISM_Q34	0,5	0,52	0,54	0,47	0,6	0,51	0,37	0,64
ISM_Q35	0,42	0,31	0,54	NA	0,57	0,43	0,32	0,44
ISM_Q36	0,61	NA	0,54	0,32	0,62	0,46	0,38	0,54
ISM_Q37	0,59	0,44	0,66	0,33	0,62	0,45	0,35	0,51
ISM_Q38	0,58	NA	0,79	NA	0,62	NA	NA	0,32

Tabela 3. Correlações Bivariadas ISM – Q17 a Q24

	ISM_Q17	ISM_Q18	ISM_Q19	ISM_Q20	ISM_Q21	ISM_Q22	ISM_Q23	ISM_Q24
ISM_Q1	0,45	0,6	0,49	0,31	NA	0,48	0,36	0,36
ISM_Q2	0,31	0,35	NA	NA	0,36	0,38	NA	0,39
ISM_Q3	0,6	0,62	0,48	0,46	0,46	0,67	NA	0,6
ISM_Q4	0,51	0,41	0,36	NA	NA	0,5	0,41	0,39
ISM_Q5	0,48	0,59	0,56	NA	NA	0,52	0,36	0,45
ISM_Q6	0,49	0,34	NA	NA	NA	0,45	NA	0,42
ISM_Q7	0,54	0,63	0,51	0,34	0,33	0,56	0,39	0,55
ISM_Q8	0,4	0,51	0,51	0,37	0,34	0,31	0,38	0,45
ISM_Q9	0,5	0,64	0,68	0,61	0,31	0,64	NA	0,65
ISM_Q10	0,55	0,35	0,38	NA	NA	0,34	0,56	NA
ISM_Q11	0,62	0,65	0,67	0,54	0,37	0,69	NA	0,69
ISM_Q12	0,34	NA	NA	0,35	NA	0,35	NA	NA
ISM_Q13	0,65	0,7	0,74	0,72	0,55	0,69	NA	0,73
ISM_Q14	0,43	0,49	0,46	0,32	NA	0,43	0,32	0,53
ISM_Q15	0,36	0,42	0,37	0,46	NA	0,33	NA	0,34
ISM_Q16	0,55	0,64	0,63	0,53	0,49	0,48	0,46	0,63
ISM_Q17	1	0,71	0,62	0,37	NA	0,7	0,44	0,69
ISM_Q18	0,71	1	0,83	0,69	0,34	0,69	0,43	0,75
ISM_Q19	0,62	0,83	1	0,72	0,36	0,59	0,33	0,7
ISM_Q20	0,37	0,69	0,72	1	0,5	0,53	NA	0,58
ISM_Q21	NA	0,34	0,36	0,5	1	0,36	NA	0,4
ISM_Q22	0,7	0,69	0,59	0,53	0,36	1	0,36	0,6
ISM_Q23	0,44	0,43	0,33	NA	NA	0,36	1	0,31
ISM_Q24	0,69	0,75	0,7	0,58	0,4	0,6	0,31	1
ISM_Q25	0,45	0,5	0,56	0,58	0,54	0,66	NA	0,48
ISM_Q26	0,67	0,6	0,54	0,38	NA	0,59	0,49	0,64
ISM_Q27	0,49	0,73	0,78	0,82	0,5	0,6	NA	0,64
ISM_Q28	NA	0,37	0,52	NA	NA	0,33	NA	NA
ISM_Q29	0,64	0,68	0,6	0,48	0,35	0,69	0,4	0,74
ISM_Q30	0,5	0,68	0,54	0,46	0,39	0,62	0,45	0,67
ISM_Q31	0,64	0,58	0,57	0,45	NA	0,6	NA	0,67
ISM_Q32	0,48	0,67	0,73	0,71	0,47	0,44	NA	0,72
ISM_Q33	0,39	0,46	0,39	0,53	0,44	0,64	NA	0,55
ISM_Q34	0,67	0,73	0,63	0,53	NA	0,5	0,4	0,7
ISM_Q35	0,42	0,61	0,58	0,67	0,5	0,51	NA	0,48
ISM_Q36	0,42	0,68	0,71	0,73	0,37	0,53	NA	0,65
ISM_Q37	0,76	0,62	0,67	0,4	NA	0,75	0,32	0,64
ISM_Q38	0,60	0,58	0,57	0,52	NA	0,64	NA	0,66

Tabela 4. Correlações Bivariadas ISM – Q25 a Q32

	ISM_Q25	ISM_Q26	ISM_Q27	ISM_Q28	ISM_Q29	ISM_Q30	ISM_Q31	ISM_Q32
ISM_Q1	NA	0,66	0,36	NA	NA	0,45	0,6	0,32
ISM_Q2	NA	0,39	NA	NA	NA	0,32	NA	NA
ISM_Q3	0,59	0,41	0,58	NA	0,67	0,55	0,35	0,5
ISM_Q4	0,34	0,54	NA	NA	0,45	0,37	0,49	NA
ISM_Q5	NA	0,64	NA	NA	0,35	0,39	0,53	NA
ISM_Q6	0,43	0,42	0,33	NA	0,43	0,36	0,43	NA
ISM_Q7	0,32	0,67	0,42	NA	0,42	0,61	0,65	0,36
ISM_Q8	0,46	0,5	0,39	NA	0,38	0,43	0,37	0,42
ISM_Q9	0,58	0,58	0,61	0,31	0,56	0,64	0,54	0,58
ISM_Q10	NA	0,6	NA	NA	NA	NA	0,45	NA
ISM_Q11	0,72	0,46	0,61	0,32	0,75	0,54	0,38	0,6
ISM_Q12	NA	0,56	NA	NA	NA	0,39	0,42	0,37
ISM_Q13	0,7	0,66	0,8	0,4	0,58	0,56	0,66	0,7
ISM_Q14	0,34	0,59	0,42	NA	0,31	0,41	0,55	0,41
ISM_Q15	0,6	NA	0,46	NA	0,44	0,4	NA	0,39
ISM_Q16	0,52	0,64	0,58	0,36	0,6	0,66	0,47	0,67
ISM_Q17	0,45	0,67	0,49	NA	0,64	0,5	0,64	0,48
ISM_Q18	0,5	0,6	0,73	0,37	0,68	0,68	0,58	0,67
ISM_Q19	0,56	0,54	0,78	0,52	0,6	0,54	0,57	0,73
ISM_Q20	0,58	0,38	0,82	NA	0,48	0,46	0,45	0,71
ISM_Q21	0,54	NA	0,5	NA	0,35	0,39	NA	0,47
ISM_Q22	0,66	0,59	0,6	0,33	0,69	0,62	0,6	0,44
ISM_Q23	NA	0,49	NA	NA	0,4	0,45	NA	NA
ISM_Q24	0,48	0,64	0,64	NA	0,74	0,67	0,67	0,72
ISM_Q25	1	0,35	0,65	NA	0,65	0,48	0,33	0,55
ISM_Q26	0,35	1	0,43	0,31	0,4	0,61	0,8	0,52
ISM_Q27	0,65	0,43	1	0,33	0,6	0,51	0,53	0,65
ISM_Q28	NA	0,31	0,33	1	NA	NA	NA	0,48
ISM_Q29	0,65	0,4	0,6	NA	1	0,65	0,4	0,5
ISM_Q30	0,48	0,61	0,51	NA	0,65	1	0,63	0,51
ISM_Q31	0,33	0,8	0,53	NA	0,4	0,63	1	0,44
ISM_Q32	0,55	0,52	0,65	0,48	0,5	0,51	0,44	1
ISM_Q33	0,72	0,35	0,55	NA	0,69	0,47	0,33	0,5
ISM_Q34	0,33	0,78	0,6	NA	0,47	0,62	0,71	0,63
ISM_Q35	0,62	0,31	0,63	NA	0,47	NA	NA	0,57
ISM_Q36	0,61	0,45	0,75	NA	0,56	0,67	0,6	0,68
ISM_Q37	0,52	0,57	0,47	0,37	0,55	0,53	0,64	0,52
ISM_Q38	0,56	0,39	0,54	0,32	0,69	0,45	0,43	0,57

Tabela 5. Correlações Bivariadas ISM – Q33 a Q38

	ISM_Q33	ISM_Q34	ISM_Q35	ISM_Q36	ISM_Q37	ISM_Q38
ISM_Q1	NA	0,53	0,38	0,32	0,38	NA
ISM_Q2	NA	0,36	NA	NA	NA	NA
ISM_Q3	0,69	0,44	0,62	0,5	0,59	0,63
ISM_Q4	NA	0,45	NA	0,38	0,47	NA
ISM_Q5	NA	0,43	NA	0,32	0,46	NA
ISM_Q6	0,36	0,34	NA	0,32	0,36	0,38
ISM_Q7	NA	0,53	0,34	0,41	0,49	NA
ISM_Q8	NA	0,34	0,41	0,33	0,37	NA
ISM_Q9	0,53	0,5	0,42	0,61	0,59	0,58
ISM_Q10	NA	0,52	0,31	NA	0,44	NA
ISM_Q11	0,7	0,54	0,54	0,54	0,66	0,79
ISM_Q12	NA	0,47	NA	0,32	0,33	NA
ISM_Q13	0,59	0,6	0,57	0,62	0,62	0,62
ISM_Q14	0,37	0,51	0,43	0,46	0,45	NA
ISM_Q15	0,38	0,37	0,32	0,38	0,35	NA
ISM_Q16	0,41	0,64	0,44	0,54	0,51	0,32
ISM_Q17	0,39	0,67	0,42	0,42	0,76	0,6
ISM_Q18	0,46	0,73	0,61	0,68	0,62	0,58
ISM_Q19	0,39	0,63	0,58	0,71	0,67	0,57
ISM_Q20	0,53	0,53	0,67	0,73	0,4	0,52
ISM_Q21	0,44	NA	0,5	0,37	NA	NA
ISM_Q22	0,64	0,5	0,51	0,53	0,75	0,64
ISM_Q23	NA	0,4	NA	NA	0,32	NA
ISM_Q24	0,55	0,7	0,48	0,65	0,64	0,66
ISM_Q25	0,72	0,33	0,62	0,61	0,52	0,56
ISM_Q26	0,35	0,78	0,31	0,45	0,57	0,39
ISM_Q27	0,55	0,6	0,63	0,75	0,47	0,54
ISM_Q28	NA	NA	NA	NA	0,37	0,32
ISM_Q29	0,69	0,47	0,47	0,56	0,55	0,69
ISM_Q30	0,47	0,62	NA	0,67	0,53	0,45
ISM_Q31	0,33	0,71	NA	0,6	0,64	0,43
ISM_Q32	0,5	0,63	0,57	0,68	0,52	0,57
ISM_Q33	1	0,33	0,53	0,51	0,44	0,69
ISM_Q34	0,33	1	0,35	0,61	0,54	0,44
ISM_Q35	0,53	0,35	1	0,54	0,41	0,41
ISM_Q36	0,51	0,61	0,54	1	0,47	0,44
ISM_Q37	0,44	0,54	0,41	0,47	1	0,66
ISM_Q38	0,69	0,44	0,41	0,44	0,66	1,00

APÊNDICE VIII

FORMAÇÕES EM CONTEXTO CLÍNICO

- Sessão Clínica subordinada ao tema *Investigação Científica*, promovido pelo Núcleo de Neurociências e Saúde Mental, decorrido a 20 de abril de 2015, com a duração de 2 horas;
- IV Fórum Neurociências Janssen, decorrido a 22 e 23 de maio de 2015 no Sana Lisboa Hotel, que reuniu investigadores e especialistas de prestígio nacional e internacional no campo da Psiquiatria e, em particular, na área da Esquizofrenia. Através de sessões plenárias e *breakouts* interativos, a reunião contribuiu para explorar e sustentar soluções científicas para os desafios que a prática clínica diariamente coloca;
- Sessão Clínica: *Estudo de Caso* contemplando Entrevista Psiquiátrica *in loco*, ministrado pelo Professor Doutor Daniel Sampaio e decorrida a 18 de maio de 2015;
- Sessão Clínica: *Abordagem Terapêutica da Esquizofrenia – do tratamento ao funcionamento*, promovido pelo Núcleo de Neurociências e Saúde Mental, ministrado pelo Professor Doutor Marques Teixeira e ocorrida a 22 de maio de 2015, com a duração de 1 hora;
- Sessão Clínica: *Solidão – desencontros e desencantos*, promovido pela mesma entidade e ministrada pelo Professor Doutor José Machado Pais, ocorrido a 25 de maio de 2015, com a duração de 1 hora;
- Sessão Clínica: *Key-Elements of Family Interventions for Psychosis: a qualitative research*, promovida pela mesma entidade e ministrado pelo Professor Doutor Jaime Novo Grácio, ocorrida a 1 de junho de 2015 e com a duração de 1 hora;
- Sessão Clínica: *Associações de apoio à Pessoa com experiência de Doença Mental e suas Famílias*, ministrado pelas entidades Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB) e FamiliarMente, a 29 de junho de 2015, com a duração de 2 horas;
- Sessão Clínica: *Perturbações de Personalidade*, ministrada pela Professora Doutora Paula Godinho, a 30 de junho de 2015 e com a duração de 2 horas;
- Conferência *Mind-Link*: *Ligação à Saúde Mental*, levado a cabo a 22 de abril de 2015, versando a temática *Cancro e Morbilidade Psiquiátrica*, com a duração de 2 horas.

APÊNDICE IX
REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO
PARA APLICAÇÃO DE INSTRUMENTOS
DE COLHEITA DE DADOS

Catarina Carrola

De: joana bizarro <joana.r.bizarro@hotmail.com>
Enviado: domingo, 16 de abril de 2015 20:32
Para: Catarina Carrola
Assunto: Re: Contributo para a validação do TE (Termómetro Emocional) numa amostra portuguesa com diagnóstico de cancro_pedido de full-text

Boa noite Catarina,

Antes de mais permita-me dizer-lhe que considero o tema da sua tese bastante interessante, penso que será benéfico a adaptação do Termómetro Emocional e pode contar com a minha ajuda e autorização para o fazer.

Desejo-lhe um bom trabalho, estou ao dispor caso necessite de mais alguma informação.

Cumprimentos,

Joana Bizarro

De: Catarina Carrola <catarina.isabel.carrola@gmail.com>

Enviado: 13 de abril de 2015 21:53

Para: joana.r.bizarro@hotmail.com

Assunto: Contributo para a validação do TE (Termómetro Emocional) numa amostra portuguesa com diagnóstico de cancro_pedido de full-text

Cara Dra. Joana,

O meu nome é Catarina Carrola e sou aluna do 5º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Sou enfermeira no IPO e encontro-me a desenvolver um estudo investigativo subordinado ao tema "Trabalho Emocional do Sobrevivente Oncológico: do Distress à Autorregulação e Emocional". Ainda que esteja já documentado que o recurso aos Termómetros Emocionais constituem uma vantagem face ao do distress, dado que pretendo dar enfoque ao conceito de distress per se, gostaria de recorrer ao termómetro respetivo. Todavia, não tendo encontrado o estudo inerente à tradução e validação, considera legítimo proceder-se à adaptação do instrumento que a Dra. fomentou? Em caso afirmativo, concede autorização para efetivá-la?

Cordiais cumprimentos,

Catarina Carrola
(catarina.isabel.carrola@gmail.com)

Catarina Carrola

De: Joana Coutinho <joanafpc@gmail.com>
Enviado: quinta-feira, 30 de Outubro de 2014 11:19
Para: catarina.isabel.carrola@gmail.com
Assunto: Escala DERS
Anexos: DERS finalpdf.pdf

Cara Catarina,

recebi a sua mensagem no Research Gate relativa ao uso da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional no seu estudo.

Poderá usar a escala, a qual lhe envio em anexo, pedia apenas que a mantivesse de uso exclusivo no seu estudo e não a divulgasse.

Com os melhores cumprimentos e votos de um bom trabalho,

Joana Coutinho, Post-Doc Researcher
Neuropsychophysiology Lab, School of Psychology
University of Minho
4710-057 Braga - Portugal
Tel: +351 253601398

<http://webs.psi.uminho.pt/LABSPSI/lnp/>

Notifications

Updates

Messages


Requests

Pontos de Corte do instrumento MHI

Report message · Block user

Back to list

New message



Catarina Carrola


Oct 4, 2015

Caro Dr. Pais-Ribeiro,

Na sequência do email anteriormente enviado para solicitar autorização para o uso do instrumento MHI (versão original de 38 itens) no estudo que me encontro a desenvolver em contexto de mestrado, venho agora questioná-lo a respeito dos pontos de corte para a mesma versão.

Grata, desde já, pela disponibilidade,

Catarina Carrola
(catarina.isabel.carrola@gmail.com)




Jose Pais-Ribeiro to you

Oct 5, 2015

Catarina

Os pontos de corte são idênticos à versão original. Pode encontrar esse valores no manual que está de acesso livre no meu site em books, ou então no google na versão original



Catarina Carrola

Oct 5, 2015

Obrigada!

Cordiais cumprimentos,

Catarina

Reply

Mark as unread

Archive conversation

Inbox

Sent

Archive

APÊNDICE X
REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO
ESTUDO EMPÍRICO AO PRESIDENTE DA
COMISSÃO DE ÉTICA E RESPETIVA
RESPOSTA

REQUERIMENTO

Exma. Sra. Enf^a Diretora do
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil E.P.E.,
Dr.^a Teresa Carneiro

Catarina Isabel dos Santos Carrola, casada, natural da Freguesia de Santa Justa, Lisboa, residente em Amora, Concelho do Seixal, portadora do Cartão do Cidadão nº 12340466, aluna do 2º ciclo de estudos superiores, em particular do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), vem por este meio requerer a V. Ex^a. se digne a conceder autorização para a realização de uma investigação científica, no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório.

A investigação incide sobre o estatuto de sobrevivência do doente oncológico e versa o tema **“O Trabalho Emocional na realidade do Sobrevivente Oncológico: do Distress à Autorregulação Emocional”**. Trata-se de um estudo clínico exploratório que ao incidir sobre as dimensões funcional e emocional, pretende conhecer a emocionalidade do sobrevivente e perspetivar as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades levantadas.

Prevê-se o início da recolha de dados no mês de junho de 2015 e o respetivo término em julho do mesmo ano, a ser efetivado pela aluna investigadora, na Consulta de Endocrinologia. A supervisão do estudo estará a cargo da Professora Doutora Francisca Roberto Manso, docente da ESEL e da Senhora Enfermeira Dora Franco, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e de Psiquiatria no Instituto que V. Ex^a. preside.

Consta, em anexo, uma sumária descrição do estudo.

Pede deferimento,

Amora, 4 de maio de 2015,

(a aluna investigadora: Catarina Carrola)



**INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.**

Direcção de Enfermagem

Exma. Senhora
Enf. Catarina Carrola

V/Refª.

Data

N/Refª.
DSE-014

Data
15-06-2015

Assunto: Trabalho de Investigação: O Trabalho Emocional na realidade do Sobrevivente Oncológico: do Distress à Autorregulação Emocional

Na sequência do V/pedido para realização do trabalho de investigação com o tema acima mencionado, informo que Comissão de ética do IPOFG deu o parecer favorável, pelo que autorizo a realização do mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora/Vogal do Conselho de Administração

Teresa Carneiro

APÊNDICE XI

PARECER DO DIRETOR CLÍNICO E

MÉDICA RESPONSÁVEL PELA CONSULTA

DE ENDOCRINOLOGIA DE

REABILITAÇÃO

Catarina Carrola

Assunto:

FW: Protocolo de Investigação - Enfª Catarina Carrola

De: Valeriano Leite [<mailto:vleite@ipolisboa.min-saude.pt>]
Enviada: quarta-feira, 6 de maio de 2015 15:44
Para: Catarina Carrola
Assunto: RE: Protocolo de Investigação - Enfª Catarina Carrola

Exma Sra Enfermeira Catarina Carrola

Em nome do Serviço de Endocrinologia do IPOLFG venho manifestar a minha concordância e apoio ao projecto que pretende realizar na Consulta de Endocrinologia de Reabilitação.

Os melhores cumprimentos

Valeriano Leite

Valeriano Leite MD, PhD
Serviço de Endocrinologia
Instituto Português Oncologia
Rua Professor Lima Basto
1099-023 Lisboa Codex
Portugal
Tel: (351) 21 722 9800
Fax: (351) 21 722 9844
E-mail: vleite@ipolisboa.min-saude.pt

De: Catarina Carrola [catarina.isabel.carrola@gmail.com]
Enviado: segunda-feira, 4 de Maio de 2015 19:00
Para: Valeriano Leite; M Conceição Moredó Sousa Pereira
Assunto: Protocolo de Investigação - Enfª Catarina Carrola

Caros Doutores Valeriano e Conceição,

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho informar-vos da minha proposta de investigação a efetivar-se na Consulta de Endocrinologia, com os jovens adultos e adultos seguidos em Consulta de Reabilitação.

A investigação incide sobre o estatuto de sobrevivência do doente oncológico e versa o tema **“O Trabalho Emocional na realidade do Sobrevivente Oncológico: do Distress à Autorregulação Emocional”**. Trata-se de um estudo exploratório que ao incidir sobre as dimensões funcional e emocional, pretende conhecer a emocionalidade do sobrevivente e perspetivar intervenções de enfermagem diferenciadas, de acordo com as necessidades levantadas.

Consta, em **anexo**, uma sumária descrição do estudo.

De acordo com a Sra. Enfermeira Supervisora, **necessitarei do aval** de ambos para que o estudo possa dar entrada na Comissão de Ética no próximo dia 7/5 (5ª feira). Caso o parecer seja positivo, prevejo o início da colheita de dados nos finais de junho.

Ficarei a aguardar feedback.

Grata pelo apoio.

Um beijinho,

Catarina Carrola

Catarina Carrola

Assunto:

FW: Protocolo de Investigação - Enfª Catarina Carrola

De: M Conceição Moredo Sousa Pereira [<mailto:mcpereira@ipolisboa.min-saude.pt>]

Enviada: terça-feira, 5 de maio de 2015 09:26

Para: Catarina Carrola

Assunto: RE: Protocolo de Investigação - Enfª Catarina Carrola

Olá Catarina,

Temos todo o gosto em colaborarmos.

Um abraço.

MCPereira

De: Catarina Carrola [catarina.isabel.carrola@gmail.com]

Enviado: segunda-feira, 4 de Maio de 2015 19:00

Para: Valeriano Leite; M Conceição Moredo Sousa Pereira

Assunto: Protocolo de Investigação - Enfª Catarina Carrola

Caros Doutores Valeriano e Conceição,

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho informar-vos da minha proposta de investigação a efetivar-se na Consulta de Endocrinologia, com os jovens adultos e adultos seguidos em Consulta de Reabilitação.

A investigação incide sobre o estatuto de sobrevivência do doente oncológico e versa o tema **“O Trabalho Emocional na realidade do Sobrevivente Oncológico: do Distress à Autorregulação Emocional”**. Trata-se de um estudo exploratório que ao incidir sobre as dimensões funcional e emocional, pretende conhecer a emocionalidade do sobrevivente e perspetivar intervenções de enfermagem diferenciadas, de acordo com as necessidades levantadas.

Consta, em **anexo**, uma sumária descrição do estudo.

De acordo com a Sra. Enfermeira Supervisora, **necessitarei do aval** de ambos para que o estudo possa dar entrada na Comissão de Ética no próximo dia 7/5 (5ª feira). Caso o parecer seja positivo, prevejo o início da colheita de dados nos finais de junho (após o estágio de psiquiatria que me encontro a fazer no Hospital de Santa Maria).

Ficarei a aguardar feedback.

Grata pelo apoio.

Um beijinho,

Catarina Carrola

APÊNDICE XII
CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente investigação intitulada “**Trabalho Emocional na realidade do Sobrevivente Oncológico: do *Distress* à Autorregulação Emocional**” insere-se no âmbito do projeto de mestrado desenvolvido por Catarina Isabel dos Santos Carrola, a ser apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Os *objetivos* consistem em:

- conhecer a experiência emocional dos sobreviventes oncológicos;
- avaliar a expressão de sofrimento emocional;
- avaliar o impacto das intervenções de enfermagem, atendendo às necessidades levantadas.

Finalidade: contribuir para a melhoria da expressão emocional dos sobreviventes oncológicos através de intervenções de enfermagem de saúde mental.

Papel dos Participantes

A colaboração nesta investigação é voluntária e implica:

- o preenchimento de um conjunto de questionários;
- ser, eventualmente, entrevistado a título individual, sendo a entrevista gravada em áudio para possibilitar a análise posterior e destruída após a sua utilização;
- caso necessário, participar em intervenções de enfermagem, individualmente ou em grupo, que visem uma melhor adaptação à doença.

Papel da Investigadora

A investigadora compromete-se a:

- garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados fornecidos pelos participantes;
- utilizar os dados recolhidos exclusivamente para efeitos de investigação.

Para participar neste estudo, fui esclarecido(a) que:

- a) a minha participação é voluntária;
- b) sou livre para desistir em qualquer momento do estudo, sem sofrer qualquer prejuízo;
- c) quaisquer dúvidas que eu tenha quanto aos procedimentos da investigação poderão ser esclarecidas em qualquer momento;
- d) as entrevistas serão gravadas, ficarão em posse da investigadora e depois destruídas;
- e) as informações serão utilizadas somente para finalidades de estudo científico, ficando a investigadora autorizada a publicar os dados apenas em publicações científicas, salvaguardando-se a sua confidencialidade e o anonimato;
- f) a investigadora poderá publicar os resultados deste trabalho, sendo garantida a não identificação das pessoas envolvidas neste processo, assim como não serão feitas referências a locais ou dados que possam identificar-me.

Considerando as questões acima, concordo em participar neste estudo.

Recebi uma cópia deste documento e pude lê-lo com atenção.

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura da investigadora

APÊNDICE XIII
QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E
CLÍNICO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Por favor não escreva neste local

Código: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Processo clínico IPO: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Diagnostico clínico: _____

Conhecedor do diagnóstico: Sim ① ☐ Não ② ☐

Diagnostico psicoemocional progresso: _____

Nota explicativa: Os dados solicitados destinam-se a tratamento estatístico para caracterização da amostra e não permitem a sua identificação.

Por favor, assinale com uma cruz “X” a sua resposta ou responda quando solicitado.

Iniciais do nome completo:

--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo: Masculino ① ☐ Feminino ② ☐

Idade atual: |_|_| anos

Estado civil: Solteiro ① ☐ Casado ② ☐ Separado ③ ☐

Divorciado ④ ☐ Viúvo ⑤ ☐ União de facto ⑥ ☐

Escolaridade: Não frequentou ① ☐ 1º ciclo (escola primária) ② ☐ 2º ciclo (5º e 6º anos) ③ ☐

3º ciclo (7º, 8º e 9º anos) ④ ☐ Ensino Secundário ⑤ ☐

Ensino Técnico/Profissional ⑥ ☐ Ensino Superior ⑦ ☐

Situação Laboral: Estudante ① ☐ Espera 1º emprego ② ☐ Empregado ③ ☐

Desempregado ④ ☐ Baixa/Atestado ⑤ ☐ Reformado ⑥ ☐Doméstico ⑦ ☐ Outros casos ⑧ ☐[illegible]

Área de residência: Área Metropolitana de Lisboa ① ☐ Outra ② ☐

Idade em que foi diagnosticada da doença: anos

Ocorrência de recidiva: Nenhuma ① ☐ Uma ② ☐ Duas ③ ☐ Mais de duas ④ ☐

Idade aquando da recidiva: Primeira: |__| |__| anos Última: |__| |__| anos

Ocorrência de 2º tumor: Nenhuma ① ☐ Uma ② ☐ Duas ③ ☐ Mais de duas ④ ☐

Apoio emocional DEPOIS do diagnóstico:

Nenhum ① ☐ Enfermeiro ② ☐ Psicólogo ③ ☐ Psiquiatra ④ ☐

Enfermeiro e Psicólogo ⑤ ☐ Enfermeiro e Psiquiatra ⑥ ☐

Enfermeiro, Psicólogo e Psiquiatra ⑦ ☐ Psicólogo e Psiquiatra ⑧ ☐

[illegible]

Obrigada pela sua participação!

ANEXOS

ANEXO I
TERMÓMETRO DO *DISTRESS*

Termómetro do Distress

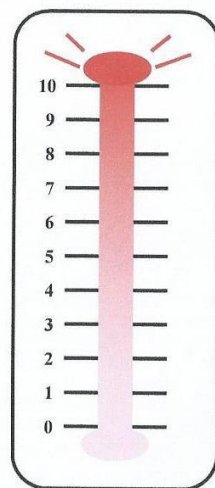
(adaptado de Bizarro, Patrão & Deep, 2011)

Nas primeiras quatro colunas, por favor coloque um círculo à volta do número (0-10) que melhor descreve o grau de angústia/sofrimento (*distress*) que tem sentido durante a última semana, incluindo hoje.

Nas últimas três colunas, por favor indique qual o impacto isso teve em si.

Sofrimento Emocional

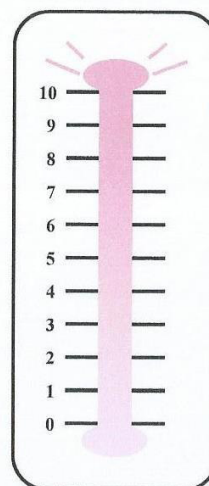
Extremo



Nenhum

Duração

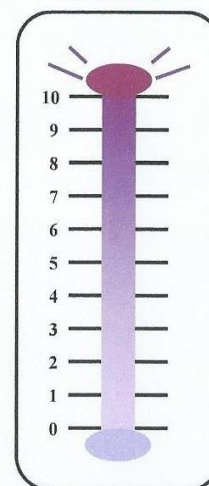
+ 10 meses



Nenhuma

Impacto

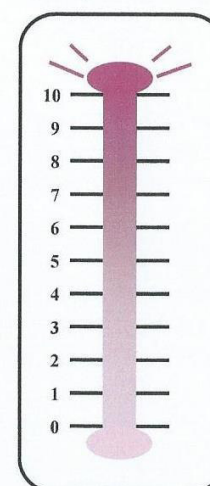
Não consigo funcionar



Nenhum

Necessidade de ajuda

Desesperadamente



Nenhuma

A seguir, indique se alguma das seguintes questões **tem sido um problema para si durante a última semana, incluindo hoje**. Certifique-se que respondeu a todas as questões.

PROBLEMAS DO DIA-A-DIA

Sim

Não

☐
☐

Cuidar dos filhos

☐
☐

Tarefas domésticas

☐
☐

Despesas de saúde

☐
☐

Deslocações/transportes

☐
☐

Trabalho/escola

☐
☐

Económicos

ASPETOS RELIGIOSOS

Sim

Não

☐
☐

Perda de fé

☐
☐

Relação com Deus

☐
☐

Perda de significado ou sentido de vida

PROBLEMAS EMOCIONAIS

Sim

Não

☐
☐

Depressão

☐
☐

Medos/receios

☐
☐

Nervosismo/ansiedade

☐
☐

Tristeza

☐
☐

Preocupação

PROBLEMAS FAMILIARES

Sim

Não

☐
☐

Relação com os filhos

☐
☐

Relação com marido/parceiro(a)

PROBLEMAS FÍSICOS

Sim

Não

☐
☐

Aparência física

☐
☐

Tomar banho/vestir

☐
☐

Dificuldades respiratórias

☐
☐

Alterações urinárias

☐
☐

Prisão de ventre

☐
☐

Diarreia

☐
☐

Apetite

☐
☐

Cansaço/fadiga

☐
☐

Inchaço

☐
☐

Febre

☐
☐

Caminhar/vaguear

☐
☐

Enfartamento

☐
☐

Feridas na boca

☐
☐

Náuseas

☐
☐

Nariz congestionado

☐
☐

Dores

☐
☐

Problemas sexuais

☐
☐

Pele seca/comichão

☐
☐

Alterações do sono

☐
☐

Formigueiros nas mãos e pés

OUTROS PROBLEMAS:

ANTES DE ENTREGAR:

Verifique se respondeu a todas as questões.

Codificação das Questões

Código	Questão
<i>Dimensão 1: Problemas do dia-a-dia</i>	
TD_1.1	Cuidar dos filhos
TD_1.2	Tarefas domésticas
TD_1.3	Despesas de saúde
TD_1.4	Deslocações/transportes
TD_1.5	Trabalho/escola
TD_1.6	Económicos
<i>Dimensão 2: Aspetos religiosos</i>	
TD_2.1	Perda de fé
TD_2.2	Relação com Deus
TD_2.3	Perda de significado ou sentido de vida
<i>Dimensão 3: Problemas emocionais</i>	
TD_3.1	Depressão
TD_3.2	Medos/receios
TD_3.3	Nervosismo/ansiedade
TD_3.4	Tristeza
TD_3.5	Preocupação
<i>Dimensão 4: Problemas familiares</i>	
TD_4.1	Relação com os filhos
TD_4.2	Relação com o marido/parceiro(a)
<i>Dimensão 5: Problemas físicos</i>	
TD_5.1	Aparência física
TD_5.2	Tomar banho/vestir
TD_5.3	Dificuldades respiratórias
TD_5.4	Alterações urinárias
TD_5.5	Prisão de ventre
TD_5.6	Diarreia
TD_5.7	Apetite
TD_5.8	Cansaço/fadiga
TD_5.9	Inchaço
TD_5.10	Febre
TD_5.11	Caminhar/vaguear
TD_5.12	Enfartamento
TD_5.13	Feridas na boca
TD_5.14	Náuseas
TD_5.15	Nariz congestionado
TD_5.16	Dores
TD_5.17	Problemas sexuais
TD_5.18	Pele seca/comichão
TD_5.19	Alterações do sono
TD_5.20	Formigueiros nas mãos e pés

ANEXO II

ESCALA DE DIFICULDADES DE

REGULAÇÃO EMOCIONAL

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

(Tradução e validação para a população portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009)

Instruções: Por favor, indique com que frequência as seguintes informações se aplicam a si, com base na seguinte escala de 1 a 5, fazendo um círculo no valor seleccionado, na linha ao lado de cada item.

1	2	3	4	5
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)

1. É claro para mim aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
2. Eu presto atenção a como me sinto	1	2	3	4	5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo	1	2	3	4	5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir	1	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
6. Sou atento aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
7. Sei exactamente como me estou a sentir	1	2	3	4	5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
9. Estou confuso acerca do que sinto	1	2	3	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções	1	2	3	4	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
12. Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito	1	2	3	4	5
14. Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo	1	2	3	4	5
15. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo	1	2	3	4	5
16. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido	1	2	3	4	5
17. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes	1	2	3	4	5
18. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar em outras coisas	1	2	3	4	5
19. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)

20. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas	1	2	3	4	5
21. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
22. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1	2	3	4	5
23. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco	1	2	3	4	5
24. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1	2	3	4	5
25. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
26. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	4	5
27. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5
28. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor	1	2	3	4	5
29. Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
30. Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio	1	2	3	4	5
31. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer	1	2	3	4	5
32. Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos	1	2	3	4	5
33. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5
34. Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir.	1	2	3	4	5
35. Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	2	3	4	5
36. Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	2	3	4	5

Codificação das Questões

Código	Questões
EDRE_Q1	É claro para mim aquilo que estou a sentir
EDRE_Q2	Eu presto atenção a como me sinto
EDRE_Q3	Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo
EDRE_Q4	Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir
EDRE_Q5	Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos
EDRE_Q6	Sou atento aos meus sentimentos
EDRE_Q7	Sei exatamente como me estou a sentir
EDRE_Q8	Preocupo-me com aquilo que estou a sentir
EDRE_Q9	Estou confuso acerca do que sinto
EDRE_Q10	Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções
EDRE_Q11	Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma
EDRE_Q12	Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma
EDRE_Q13	Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito
EDRE_Q14	Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo
EDRE_Q15	Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo
EDRE_Q16	Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido
EDRE_Q17	Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes
EDRE_Q18	Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar em outras coisas
EDRE_Q19	Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo
EDRE_Q20	Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas
EDRE_Q21	Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma
EDRE_Q22	Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor
EDRE_Q23	Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco
EDRE_Q24	Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos
EDRE_Q25	Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma
EDRE_Q26	Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar
EDRE_Q27	Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos
EDRE_Q28	Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor
EDRE_Q29	Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma
EDRE_Q30	Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio
EDRE_Q31	Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer
EDRE_Q32	Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos
EDRE_Q33	Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em pensar acerca de outra coisa qualquer
EDRE_Q34	Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo para perceber o que estou mesmo a sentir
EDRE_Q35	Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor
EDRE_Q36	Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras

Dimensões (Subescalas)	Questões
ESTRATÉGIAS <i>(Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional)</i>	EDRE_Q22*
	EDRE_Q16
	EDRE_Q15
	EDRE_Q28
	EDRE_Q31
	EDRE_Q35
	EDRE_Q23
NÃO ACEITAÇÃO <i>(Não Aceitação das Respostas Emocionais)</i>	EDRE_Q36
	EDRE_Q29
	EDRE_Q25
	EDRE_Q21
	EDRE_Q12
	EDRE_Q11
CONSCIÊNCIA <i>(Falta de Consciência Emocional)</i>	EDRE_Q30
	EDRE_Q6*
	EDRE_Q2*
	EDRE_Q8*
	EDRE_Q34*
	EDRE_Q10*
IMPULSOS <i>(Dificuldade no Controlo de Impulsos)</i>	EDRE_Q17*
	EDRE_Q14
	EDRE_Q32
	EDRE_Q27
	EDRE_Q19
	EDRE_Q3
OBJETIVOS <i>(Dificuldade em Agir de Acordo com os Objetivos)</i>	EDRE_Q24*
	EDRE_Q26
	EDRE_Q18
	EDRE_Q13
	EDRE_Q33
CLAREZA <i>(Falta de Clareza Emocional)</i>	EDRE_Q20*
	EDRE_Q9
	EDRE_Q5
	EDRE_Q7*
	EDRE_Q1*
	EDRE_Q4

* Cotação invertida

ANEXO III
INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS QUADRADOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

1. QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

- ☐ Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita
- ☐ Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo
- ☐ Geralmente satisfeito e feliz
- ☐ Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz
- ☐ Geralmente insatisfeito, infeliz
- ☐ Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo

2. DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

3. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

4. DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

5. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

6. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca

☐ Nunca

7. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

8. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

- ☐ Não, nunca
- ☐ Talvez um pouco
- ☐ Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso
- ☐ Sim, e fiquei um bocado preocupado
- ☐ Sim, e isso preocupa-me
- ☐ Sim, e estou muito preocupado com isso

9. SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

- ☐ Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias
- ☐ Sim, muito deprimido quase todos os dias
- ☐ Sim, deprimido muitas vezes
- ☐ Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido
- ☐ Não, nunca me sinto deprimido

10. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte das vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Muito poucas vezes
- ☐ Nunca

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

12. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

13. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo

- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

14. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

- ☐ Sim, completamente
- ☐ Sim, geralmente
- ☐ Sim, penso que sim
- ☐ Não muito bem
- ☐ Não e ando um pouco perturbado por isso
- ☐ Não, e ando muito perturbado por isso

15. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

16. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

18. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

20. COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente

- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

21. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

22. QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

23. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

24. COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

25. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

- ☐ Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia
- ☐ Muito incomodado
- ☐ Um pouco incomodado pelos meus nervos
- ☐ Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso
- ☐ Apenas de forma muito ligeira
- ☐ Nada incomodado

26. NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência

- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

28. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

- ☐ Sim, muitas vezes
- ☐ Sim, algumas vezes
- ☐ Sim, umas poucas de vezes
- ☐ Sim, uma vez
- ☐ Não, nunca

29. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

30. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

31. DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

32. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

33. DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

- ☐ Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase
- ☐ Sim, muito
- ☐ Sim, um pouco
- ☐ Sim, o suficiente para me incomodar
- ☐ Sim, de forma muito ligeira
- ☐ Não. De maneira nenhuma

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre

35. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EMÊSE MANTER CALMO?

- ☐ Sempre
- ☐ Com muita frequência
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com pouca frequência
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

36. NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase sempre
- ☐ Uma boa parte do tempo
- ☐ Durante algum tempo
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca acordo com a sensação de descansado

37. COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

- ☐ Sempre, todos os dias
- ☐ Quase todos os dias
- ☐ Frequentemente
- ☐ Algumas vezes, mas normalmente não
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

38. DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

- ☐ Sim, quase a ultrapassar os meus limites
- ☐ Sim, muita pressão
- ☐ Sim, alguma, mais do que o costume
- ☐ Sim, alguma, como de costume
- ☐ Sim, um pouco
- ☐ Não, nenhuma

Grata pela sua participação!

Codificação das Questões

Código	Questão
ISM_1	Quanto feliz e satisfeito você tem estado com a sua vida pessoal?
ISM_2	Durante quanto tempo se sentiu só no passado mês?
ISM_3	Com que frequência se sentiu nervoso ou apreensivo perante coisas que aconteceram ou perante situações inesperadas, no último mês?
ISM_4	Durante o mês passado com que frequência sentiu que tinha um futuro promissor e cheio de esperança?
ISM_5	Com que frequência durante o último mês, sentiu que a sua vida no dia-a-dia estava cheia de coisas interessantes?
ISM_6	Com que frequência, durante o último mês, se sentiu relaxado e sem tensão?
ISM_7	Durante o último mês, com que frequência sentiu prazer nas coisas que fazia?
ISM_8	Durante o último mês, teve alguma razão para se questionar se estaria a perder a cabeça, ou a perder o controlo sobre os seus atos, as suas palavras, os seus pensamentos, sentimentos ou memória?
ISM_9	Sentiu-se deprimido durante o último mês?
ISM_10	Durante o último mês, quantas vezes se sentiu amado e querido?
ISM_11	Durante quanto tempo, no mês passado se sentiu muito nervoso?
ISM_12	Durante o último mês, com que frequência esperava ter um dia interessante ao levantar-se?
ISM_13	No último mês, durante quanto tempo se sentiu tenso e irritado?
ISM_14	Durante o último mês sentiu que controlava perfeitamente o seu comportamento pensamentos, emoções e sentimentos?
ISM_15	Durante o último mês, com que frequência sentiu as mãos a tremer quando fazia alguma coisa?
ISM_16	Durante o último mês, com que frequência sentiu que não tinha futuro, que não tinha para onde orientar a sua vida?
ISM_17	Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu calmo e em paz?
ISM_18	Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu emocionalmente estável?
ISM_19	Durante quanto tempo, no mês que passou, se sentiu triste e em baixo?
ISM_20	Com que frequência, no mês passado se sentiu como se fosse chorar?
ISM_21	Durante o último mês, com que frequência você sentiu que as outras pessoas se sentiriam melhor se você não existisse?
ISM_22	Quanto tempo, durante o último mês, se sentiu capaz de relaxar sem dificuldade?
ISM_23	No último mês, durante quanto tempo sentiu que as suas relações amorosas eram total ou completamente satisfatórias?
ISM_24	Com que frequência, durante o último mês, sentiu que tudo acontecia ao contrário do que desejava?
ISM_25	Durante o último mês, quão incomodado é que você se sentiu devido ao nervoso?
ISM_26	No mês que passou, durante quanto tempo sentiu que a sua vida era uma aventura maravilhosa?
ISM_27	Durante quanto tempo, durante o mês que passou, se sentiu triste e em baixo, de tal como que nada o conseguia animar?
ISM_28	Durante o último mês, alguma vez pensou em acabar com a vida?
ISM_29	No último mês, durante quanto tempo se sentiu cansado, inquieto e impaciente?
ISM_30	No último mês, durante quanto tempo se sentiu rabugento ou de mau humor?
ISM_31	Durante quanto tempo, no último mês, se sentiu alegre, animado e bem-disposto?
ISM_32	Durante o último mês, com que frequência se sentiu confuso ou perturbado?
ISM_33	Durante o último mês, sentiu-se ansioso ou preocupado?
ISM_34	No último mês durante quanto tempo se sentiu uma pessoa feliz?
ISM_35	Com que frequência durante o último mês se sentiu com dificuldade em se manter calmo?
ISM_36	No último mês, durante quanto tempo se sentiu espiritualmente em baixo?
ISM_37	Com que frequência durante o último mês, acordou de manhã sentindo-se fresco e repousado?
ISM_38	Durante o último mês, esteve ou sentiu-se debaixo de grande pressão ou <i>stress</i> ?

Código	Pontuação das Respostas					
	1	2	3	4	5	6
ISM_1	Muito insatisfeito e infeliz a maior parte do tempo	Geralmente insatisfeito, infeliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente satisfeito e feliz	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita
ISM_2	Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
ISM_3	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
ISM_4	Nunca	Quase nunca	Com pouca frequência	Frequentemente	Com muita frequência	Sempre
ISM_5	Nunca	Quase nunca	Com pouca frequência	Frequentemente	Com muita frequência	Sempre
ISM_6	Nunca	Quase nunca	Com pouca frequência	Frequentemente	Com muita frequência	Sempre
ISM_7	Nunca	Quase nunca	Com pouca frequência	Frequentemente	Com muita frequência	Sempre
ISM_8	Sim, e estou muito preocupado com isso	Sim, e isso preocupa-se	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Talvez um pouco	Não, nunca
ISM_9	Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido	
ISM_10	Nunca	Muito poucas vezes	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Quase sempre	Sempre
ISM_11	Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
ISM_12	Nunca	Quase nunca	Com pouca frequência	Frequentemente	Com muita frequência	Sempre
ISM_13	Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
ISM_14	Não, e ando muito perturbado por isso	Não, e ando um pouco perturbado por isso	Não muito bem	Sim, penso que sim	Sim, geralmente	Sim, completamente
ISM_15	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
ISM_16	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
ISM_17	Nunca	Quase nunca	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase sempre	Sempre
ISM_18	Nunca	Quase nunca	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase sempre	Sempre
ISM_19	Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
ISM_20	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca

Código	Pontuação das Respostas					
	1	2	3	4	5	6
ISM_21	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
ISM_22	Nunca	Quase nunca	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase sempre	Sempre
ISM_23	Nunca	Quase nunca	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase sempre	Sempre
ISM_24	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
ISM_25	Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
ISM_26	Nunca	Quase nunca	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase sempre	Sempre
ISM_27	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
ISM_28	Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca	
ISM_29	Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
ISM_30	Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
ISM_31	Nunca	Quase nunca	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase sempre	Sempre
ISM_32	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
ISM_33	Sim, extremamente, ao ponto de ficar dormente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não, de maneira nenhuma
ISM_34	Nunca	Quase nunca	Durante algum tempo	A maior parte do tempo	Quase sempre	Sempre
ISM_35	Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
ISM_36	Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado
ISM_37	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes, mas normalmente não	Frequentemente	Quase todos os dias	Sempre, todos os dias
ISM_38	Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma